



DEPARTEMENT DE BIOLOGIE

N°/SNV/2017

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Présenté par

M^{elle} Belahcène Halima & M^{elle} Draoui Amel

Pour l'obtention du diplôme de

MASTER EN (EX. BIOLOGIE)

Spécialité: NUTRITION ET SANTÉ

THÈME

*Etat nutritionnel des personnes âgées au niveau du
foyer pour personnes âgées et handicapées (FPAH) de
la wilaya de Mostaganem.*

Soutenu publiquement le 04/07/2017

DEVANT LE JURY

Président	Mme. Keddari S.	Maître de conférences A. Univ. Mosta.
Encadreur	Mme. Ziar H.	Maître de conférences A. Univ. Mosta.
Examineur	Mr. Chaalal A.	Maître de conférences B. Univ. Mosta.

Remerciements

Nous tenons à remercier :

Notre encadreur Mme ZIAR. H, qui a mis toute sa compétence à notre disposition, pour ces directives et conseils judicieux et pour son suivi régulier dans l'élaboration de ce modeste travail.

Nous remercions les membres de jury pour le privilège qu'ils nous en offrent en acceptant d'évaluer ce modeste travail. Mme Keddari S. la présidente de ce jury et maître de conférences A à l'université de Mostaganem et Mr. Chaalél A. maître de conférences B (univ. Mostaganem) dans sa qualité d'examineur.

Nous tenons à remercier également Monsieur TERKHI Abdel Fatah pour son aide précieuse tout au long de nos jours de stage au foyer.

Nos remerciements vont également au directeur de foyer des personnes âgées et des handicapées, les médecins, le personnel et les résidents du foyer pour leurs aides et leurs soutiens.

Nous remercions aussi l'ensemble des enseignants de la formation « nutrition et santé », sans oublier le professeur RIAZI, que ce travail soit un témoignage de notre gratitude et notre profond respect à leur égard.

En fin, un grand merci à tous nos amies qui nous ont soutenues et aidées dans les moments difficiles.

Dédicace

Tout d'abord je dédie ce mémoire à :

Mon père ;

Car sans lui ce travail n'aurait jamais abouti.

Merci papa pour ta patience.

A ma mère ;

Merci pour Ton aide qui m'a été si précieuse, ton soutien durant toute ma scolarité et surtout pour avoir toujours cru en moi.

A mes chers frères ;

Mohamed, Houari, Cherif

A mes chères sœurs ;

Khadidja, Karima et leurs petites familles ;

À tous mes amis (es) ;

Surtout Kenza et Rabie;

Merci pour leur amitié et leur présence, je vous souhaite un avenir plein de joie, de réussite et de bonheur.

Et tous les étudiants de master II nutrition et santé de la promotion 2016/2017.

A toute personne ayant participé de près ou de loin dans ma réussite.



Halima

Dédicace

Je dédie ce mémoire à ma mère, qui m'a encouragé à aller en avant et qui m'a donné tout son amour pour reprendre mes études

A la mémoire de mon père Abdallâh

A mon frère : Mohamed chérif. Mes sœurs : Fatima, Fafa et Souhila

A ma tante : Meriem et ses enfants : Marwa et Kawtar et Ahmed

A mon meilleur amis Kevin et tous mes camarades de la promotion nutrition et santé.

Amel

La liste des tableaux et des figures.

La liste des Tableaux

Pages

Tableau 01: Les apports nutritionnels conseillés (ANC) des personnes âgées en vitamines (Martin et al., 2001).....	06
Tableau 02: Les besoins des personnes âgées en oligo-éléments (Martin et al., 2001)	08
Tableau 03 : Les maladies cumulées par les résidents interrogés du FPAH.....	65

La liste des figures

Figure 1 : Répartition des résidents (A : les Femmes ; B : les Hommes) interrogés selon le critère « âge »..	31
Figure 2 : Le statut matrimonial des résidents interrogés.....	32
Figure 3 : La répartition des résidents (A : les Femmes ; B : les Hommes) interrogés selon le critère « Taille »..	32
Figure 4: La répartition des résidents (A: les Femmes; B: les Hommes) interrogés selon le critère « Poids »..	34
Figure 5: La répartition des résidents interrogés selon le critère « ancienneté en institution »..	35
Figure 6 : La situation des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) par rapport à l'exercice d'une profession..	37
Figure 7: La répartition des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) selon le suivi ou non des études..	39
Figure 8: La répartition des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) selon la pratique d'activités physiques et/ou sportives..	40

Figure 9 : La répartition des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) selon la nature des activités pratiquées.....	42
Figure 10 : L'amaigrissement déclaré par les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).....	44
Figure 11 : La prise des trois repas par jour par les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).....	45
Figure 12 : La prise journalière des fruits et légumes, des laitages ou de la viande, déclarée par les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).....	46
Figure 13 : La répartition des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) selon leur consommation de boissons gazeuses ou non gazeuses.....	50
Figure 14 : La répartition des résidents hommes interrogés (A : fumeur/ non fumeur / sevrage ; B : années accumulées en fumant) suivant leur tabagisme.....	52
Figure 15 : L'habitat familial ou social des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) avant d'être placés dans l'établissement.....	54
Figure 16 : Le soutien financier des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) par un ou plusieurs personne (s) de leurs familles (sans objet : aide financière par une personne étrangère).....	56
Figure 17 : L'aide d'une personne de l'entourage par les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).....	58
Figure 18 : Le contact des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) avec leur réseau familial vertical (enfants et petits-enfants en particulier 1) et horizontal (fratrie 2).....	60
Figure 19 : L'utilisation de la nouvelle technologie par les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).....	62
Figure 20 : L'état de santé perçu par les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes)...	64
Figure 21 : La survenue d'alitement chez les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) au cours des 12 derniers mois.....	68
Figure 22 : L'état de vaccination des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).....	70

LISTE DES ABREVIATIONS

FPAH : Foyer des Personnes Agées et Handicapé

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

ANC : Apports Nutritionnels Conseillés

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CNEG : Collège National des Enseignants de Gériatrie

CNES : Conseil National Économique et Social

CRASC : Le Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle

DAS : Direction de l'Action Sociale

Inserm : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

PNNS : Programme Nationale Nutrition Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SDF : Les personnes Sans Domicile Fixé

SSN : Société Suisse de Nutrition

Résumé

Le présent travail est une enquête alimentaire rétrospective faite pour la première fois sur les résidents âgés du foyer pour personnes âgées et handicapées de la wilaya de Mostaganem. Notre objectif est de décrire l'état nutritionnel de ces séniors influencé par des malaises physique, psychique et relationnel. Trente résidents ont accepté de faire part de notre enquête et répondre à notre questionnaire. Les questions posées s'inscrivent dans la description détaillée de la personne âgée (âge, sexe, poids, taille, profession préalable...), avoir des informations sur ses activités culturelles et physiques, sur son alimentation, comment elle estime son état de santé et si elle garde ses relations avec sa famille ou ses proches. Nos résultats préliminaires situe l'âge moyen des personnes âgées résident dans le foyer à 68.63 ± 9.59 ans. 77.02% de ces résidents avaient le statut du séparé ou du divorcé. Leur poids moyen était de l'ordre de 65.36 ± 20.01 kg, sexe confondu. 60% de nos enquêtés étaient des résidents du foyer depuis une période de 10 ans au maximum. Les femmes étaient en majorité (63 %) en chômage, alors que 45.45% des hommes avaient des métiers non réguliers. 60% des personnes interrogées se déclarent n'avoir une scolarité. L'exercice du sport ou autres activités physiques ne plait pas aux femmes qui aiment regarder la télévision, alors que 45 % des hommes pratiquent une activité physique au moins une fois par semaine.

35 % des séniors enquêtés affirment avoir maigri de 4 kg ou plus les six dernier mois. Toutefois, 90% des interrogés déclarent prendre trois repas par jour, et la totalité mangent, tous les jours, des viandes ou poissons, des fruits et des légumes verts. Plus de 33.33% des résidents interrogés prennent les boissons gazeuses ou non gazeuses à raison d'une seule à trois fois par semaine. Etonnamment, plus de 72 % des hommes fument toujours et ce depuis plus de 40 ans. La moitié de nos enquêtés se voient en moyen ou mauvais état de santé ; atteints majoritairement par l'hypertension artérielle ou les maladies cérébro-vasculaires. Ces séniors sont vaccinés contre la grippe et le tétanos mais moins de la moitié ne le savent pas. La majorité de ces âgés étaient soit en couples (hommes) ou célibataires (femmes) avant de gagner le foyer, et ne voient presque jamais leur enfant ou petits-enfants ou bien encore leur amis ou une personne de leur famille. Les hommes, par contre, se distinguent aux femmes, par l'utilisation des moyens modernes de communication.

Nos résultats ont montré un effet psychique sur l'état nutritionnel de ces âgés, ce dernier est aggravé par les états de dépendance, d'incapacités et de non assimilation de leur rejet par leur famille.

Mots clefs : Enquête, personnes âgées, foyer, état nutritionnel, état de santé, relation, famille.

ملخص

هذا العمل انه تحقيق حول التغذية، متطلع إلى الوراثة والقيام به لأول مرة عند المقيمين المسنين والمعوقين في دار العجزة لولاية مستغانم. هدفنا هو وصف حالة التغذية عند هؤلاء المسنين ومدى تأثيره على صحتهم من عدم ارتياح فيزيائي، تقسي، وعلاقتهم مع الغير.

من بين المقيمين 30 شخصا الذين تقبلوا المشاركة واستطلاع الرأي والإجابة على الاستبيان، لدينا نتائج أولية تبدي لنا العمر لشخص المسن 68.63 ± 9.59 ; 77.02 منتصف المائة من المقيمين وضعهم منفصل او مطلقين. اما وزنهم المتوسط ما بين 65.36 ± 20.01 كغ في جنس مختلط. 60 بالمئة كان استطلاع الرأي عند المقيمين في دار العجزة لفترة 10 سنوات فأكثر.

وكانت أغلبية النساء حيث نسبة 63 بالمائة عاطلين عن العمل. اما الرجال 45.45 بالمائة لديهم مهنة غير منتظم. 60 بالمئة من الأشخاص الذين قابلناهم لم يتموا دراستهم. والتمارين الرياضية وحركات أخرى الفيزيائية لم نعجب النساء، حيث انهم يحبون مشاهدة التلفاز. اما 45 بالمئة من الرجال يشاركون في النشاط البدني على الأقل مرة في الأسبوع. 35 بالمائة من الكبار الذين حققنا معهم في ادعاء انهم فقدوا وزن 4 كغ او أكثر في ستة أشهر الاخيرة. واغليهم من المقيمين يأخذون وجباتهم الثلاثة واغليتهم يأكلون كل الخضر والفواكه أو لحم او الحوت.

33 بالمئة من المقيمين الذي حقق معهم يشربون مشروبات غازية ثلاث مرات في الأسبوع. 72 بالمئة من الرجال يدخلون في أكثر من 40 عام. ونصف المقيمين صحتهم في حالة متوسطة او سيئة واغليتهم يعانون من ضغط الدم ومرض الدماغ.

كل المسنين أخذوا تطعيم ضد انفلونزا الموسمية وضد داء الكلب حيث ان بعضهم لم يعرفوا بأنهم أخذوا هذا اللقاح.

واغلبية المسنين بالنسبة للرجال كانت لهم علاقة زوجية اما النساء اغليتهن عازبات قبل الدخول الى دار المسنين وهناك مقيمين ليس لديهم أطفال والآخرين لديهم ولكن لم يزورهم.

والرجال يستعملون وسائل للاتصال كالهواتف وغير ذلك، عكس النساء نسبة استعمالهم لها معدومة.

وقد أظهرت النتائج التي توصلنا إليها ان الحالة النفسية لها تأثير على حالة التغذية لهذا المسن.

كلمات السر: تحقيق، شخص مسن، مركز، حالة التغذية، الحالة الصحية، علاقة، عائلة.

Tables des matières

Remerciements	
Dédicace	
Résumé	
Listes des tableaux et des figures	
Liste des abréviations	
Introduction	1
CHAPITRE I : Les troubles métaboliques et nutritionnels de la personne âgée	
I.1. L'alimentation	3
I.2. L'alimentation chez la personne âgée	3
I.2.1. Les besoins nutritionnels des personnes âgées	3
I.2.1.1. Les besoins en macro nutriments	3
I.2.1.2. Les besoins en micro nutriments	5
I.2.1.3. Les besoins en oligo-éléments	5
I.2.1.4. Les autres besoins	9
I.2.1.4.1. En énergie	9
I.2.1.4.2. En eaux	10
I.3. Les troubles de l'alimentation chez la personne âgée	10
I.3.1. Généralités	10
I.3.2. Les troubles métaboliques chez la personne âgée	11
I.3.2.1. La baisse de l'appétit	11
I.3.2.2. La perte de poids	11
I.3.2.3. La modification de la soif	12
I.3.2.4. L'effet de l'alcool et des médicaments	12
I.3.2.5. Les modifications de la dentition	13
I.3.2.6. La modification de la vue	15
I.3.2.7. Trouble de la motricité	15

I.3.2.8. Un système digestif moins efficace	16
---	----

CHAPITRE II : Les conséquences psychologiques du vieillissement

II.1. Généralités	18
II.2. Catégories des personnes âgées	19
II. 3. Les différentes formes de vieillissement	19
II.4. Les conséquences psychologiques du vieillissement	20
II.4.1. Les changements psychologiques	20
II.4.1.1. L'anxiété	20
II.4.1.2. La solitude	20
II.4.1.3. La précarité	21
II.5. Le vieillissement et les troubles psychiques	22
II.5.1. Les troubles dépressifs.....	22
II.5.2. Le risque suicidaire.....	23
II.5.3. Le stress	23
II.5.4. Les troubles du sommeil.....	24
II.5.5. Les capacités cognitives	24
II.5.6. Les facultés mentales.....	26
II.5.7. L'isolement affectif et social	26

CHAPITRE III : Matériels et Méthodes

III.1. Organisation de l'enquête.....	27
III.1.1. Situation de l'enquête et population ciblée	27
III.2. Technique d'enquête	27
III.3. L'interview.....	27
III.4. Le personnel du foyer.....	28
III.5. Les moyens du foyer	28

CHAPITRE IV : Résultats et Discussion

IV.1. Caractéristiques générales des personnes âgées enquêtées.....	30
IV.2. Emploi et retraite.....	36
IV.3. Activités et vie culturelles.....	38
IV.4. Alimentation.....	43
IV.5. Boissons.....	49
IV.6.Tabac.....	51
IV.7.Relations familiales et sociales.....	53
IV.8.Etat de santé.....	63
IV.9.Vaccination.....	70
Conclusion.....	72
Références bibliographiques	
Annexes	

Introduction

Vieillir est un processus normal de la vie pour tous les êtres vivants dont les répercussions sont directement liées aux fonctions physiologiques et intellectuelles. Le vieillissement produit des changements physiologiques (diminution des sensations de faim et de soif, baisse des capacités sensorielles) ainsi que des modifications ayant des répercussions psychologiques (solitude, précarité, nouveau cadre de vie).

La consommation alimentaire diminue souvent de manière progressive avec l'âge. Une baisse de l'appétit en est la principale raison. Chez les personnes très âgées, la sensation de satiété dure particulièrement longtemps, ce qui peut conduire à une dénutrition insidieuse par absence de faim. Ce phénomène aboutit à des prises alimentaires irrégulières. Il peut aussi rendre difficile le retour spontané à une alimentation équilibrée chez les personnes dont les habitudes alimentaires ont été modifiées, comme après une hospitalisation.

Les changements multiples qui ont affecté la famille tant sur le plan démographique qu'économique et culturel ont ôté à la famille son rôle de référence comme lieu de relation entre les générations. Les programmes d'actions mis en place dans ce domaine par les pouvoirs publics (Ministère de la Solidarité Nationale, de la Famille et de la Condition de la Femme), constituent certainement des atouts pour mieux prendre en charge les personnes âgées. Les femmes âgées sont plus fragilisées : généralement, surtout si elles n'ont pas exercé une activité rémunérée et sont donc plus dépendantes sur le plan financier et risqueraient soit le placement dans un centre pour personnes âgées, soit de subir plus de difficultés au quotidien. Cette précarisation toucherait, particulièrement, les célibataires et les divorcées.

Toutefois, le vieillissement attendu de la population a notamment amené les autorités algériennes à envisager un renforcement des coordinations. Le " gestionnaire de cas " est intégré dans un tissu de proximité. Il joue un rôle de coordination mais également de veille et permet de rendre la prévention effective au niveau de la personne âgée elle-même. Il peut être capable de déceler un changement d'état qui nécessite de faire appel à tel professionnel de santé. Ce gestionnaire est appelé « le foyer des personnes âgées » FPA.

Selon l'annuaire des établissements spécialisés établi par le ministère (2014), il existe 36 foyers sur notre terroir algérien, destinés à recevoir les personnes âgées (36 FPA).

L'examen des populations admises dans ces centres (CNES, 2003) montre d'abord un nombre global faible (entre deux et trois mille personnes sur le plan national). De plus, tous ces centres ont été transformés de foyers pour personnes âgées en foyers pour personnes âgées

et handicapées (FPAH). Ce fait renvoie à la résolution de deux grands problèmes : la prise en charge des handicapés et celle des cas sociaux et femmes célibataires par les autorités algériennes ; car il n'y a pas de structures pour ces dernières catégories.

Peu à peu et inéluctablement, le vieillissement et la solitude isolent de différentes façons qui concourent toutes au même résultat : la malnutrition.

Beaucoup de paramètres caractérisent le sujet âgé, parmi lesquels il faut citer bien entendu l'âge, mais aussi l'état de santé physique et mentale, la fragilité, le handicap, la perte d'autonomie, les liens sociaux ou la solitude, le lieu de vie à domicile ou en institution, les revenus, la mobilité physique, les capacités de communication, l'activité, etc. La multiplicité de ces paramètres explique qu'il soit difficile de définir un sujet âgé type, et l'âge n'est pas nécessairement le critère le plus pertinent, hormis peut-être chez le sujet très âgé. Il y a donc une grande variété de " sujets âgés ". Les gériatres et les gérontologues ont pris l'habitude de classer les personnes âgées en trois catégories : les personnes qui vieillissent en bonne santé, les sujets âgés fragiles et les sujets âgés malades, proches de leur fin de vie. Ces personnes ont des besoins et des comportements alimentaires très différents et il pourrait être dangereux de confondre les différentes situations en établissant des recommandations indifférenciées.

C'est dans ce cadre que s'insère cette première enquête sur les résidents du foyer pour personnes âgées et handicapées (FPAH) à Mostaganem, et permet de focaliser un éclairage sur l'état nutritionnel de ces personnes âgées, qui souffrent en totalité, de malaise psychiatrique.

CHAPITRE I : Les troubles métaboliques et nutritionnels de la personne âgée.

I.1. L'alimentation

Une alimentation équilibrée répond aux besoins énergétiques quotidiens et apporte la diversité des nutriments nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Des apports supérieurs aux besoins favorisent certaines maladies telles que l'obésité.

Les aliments que nous mangeons contiennent de l'eau, des sucres, des protéines, des matières grasses. Ils sont sources d'énergie et apportent les matériaux qui fabriquent notre corps. Une alimentation trop riche nuit à la santé, pour être en bonne santé il faut équilibrer les apports énergétiques par les aliments et les besoins énergétiques de l'organisme (variables en fonction du sexe, de l'âge, et de l'activité de l'individu).

Nos choix d'aliments dépendent de plusieurs facteurs : la culture, le milieu social, la disponibilité des aliments et les goûts personnels.

L'alimentation est donc un sujet qui touche plusieurs aspects de la vie (**Landry et al., 2012**).

I.2. L'alimentation chez la personne âgée

En règle générale, les recommandations de la Société Suisse de Nutrition (**Sidobre et al., 1996**) pour les adultes s'appliquent également aux personnes âgées en bonne santé. Il importe, cependant, que les personnes âgées soient particulièrement attentives aux aspects mentionnés ci-dessous :

I.2.1. Les besoins nutritionnels des personnes âgées

I.2.1.1. Les besoins en macro nutriments

➤ Glucides

Ce sont des sucres de forme d'énergie la plus rapidement utilisable. Ils fournissent une partie de l'énergie nécessaire au fonctionnement du corps, on les trouve dans beaucoup d'aliment.

Certains sont évidents à cause de leur gout sucré : miel, fruits, d'autres le sont moins : produits laitiers, pain, riz, pâtes alimentaires (**Landry et al., 2012**).

Si on n'en consomme pas suffisamment, on peut se sentir faible et sans énergie (**Ferry et al., 2002**).

➤ **Lipides**

Ce sont des matières grasses indispensables à notre organisme. Ils sont une source d'énergie pour le corps. On les trouve dans les huiles végétales, les produits laitiers, les noix et les viandes.

Il est essentiel de consommer des gras d'origine végétale, puisque le corps en a besoin. Par contre, même si ce sont de bonnes sources de lipides, les gras qui proviennent des animaux comme le beurre, la viande ou le fromage ne sont pas absolument nécessaire à la vie humaine, c'est pourquoi certaines personnes n'en consomment jamais (**Ferry et al., 2002**).

L'étude Euronut-Sénéca, menée dans divers pays d'Europe, montre que les apports lipidiques des personnes âgées varient de 33 à 39% des apports énergétiques totaux, et cela chez les deux sexes (**Alpes, 2006**).

➤ **Protéines**

Contrairement aux glucides et lipides, les protéines ne sont pas stockées sous forme de réserves mobilisables. Ainsi, lorsque les apports extérieurs diminuent, le corps re-synthétise des protéines au détriment de certains tissus, essentiellement le tissu musculaire. Une diminution des apports en protéines est donc synonyme d'affaiblissement et de fragilisation de l'organisme.

Les besoins en protéines sont équivalents chez l'adulte et la personne âgée, ils sont de 1g/kg/j. Ces besoins augmentent chez le sujet âgé malade jusqu'à 2g/kg/j (**AFSSA, 2007**).

Les protéines d'origine animale doivent être privilégiées par rapport aux protéines d'origine végétale, car elles contiennent tous les acides aminés indispensables (**Ferry et al., 2002**).

➤ **Les fibres**

Ne sont pas des nutriments. Elles ne peuvent pas être absorbées par le corps, mais elles sont essentielles à son bon fonctionnement. Elles facilitent le parcours des selles d'un bout à l'autre de l'intestin (**Ferry et al., 2002**).

La population française a des apports insuffisants en fibre, et les personnes âgées ne dérogent pas à cette règle. L'état de la dentition et ses conséquences sur la mastication influencent significativement l'ingestion de fibre chez personne âgées. Pourtant l'alimentation du sujet âgé doit contenir des fibres de sources variées, de type soluble et insoluble.

Un apport quotidien de 20 à 25g /j de fibre peut être conseillé (**Ferry et al., 2002**). De plus, elles diminuent les risques de maladies du cœur et aident à contrôler le poids et le taux de sucre dans le sang. Les fibres sont présentes surtout dans les fruits et légumes ainsi que dans des céréales à grains entiers comme le gruau.

I.2.1.2. Les besoins en micro nutriments

Les apports recommandés en vitamines pour les sujets âgés sont les mêmes que ceux préconisés pour les adultes (voir **tableau 01**). Des suppléments vitaminiques seraient vraisemblablement utiles dans cette population pour améliorer par exemple la réponse immunitaire, mais ce n'est pas démontré.

La vitamine D est essentielle à la santé des os et des dents. Le corps peut en fabriquer lorsqu'il est exposé au soleil, mais ce n'est pas suffisant. On en retrouve dans le lait et le yogourt. À partir de 50 ans, on suggère de prendre des suppléments (**Martin et al., 2001**).

I.2.1.3. Les besoins en oligo-éléments

Les oligoéléments sont mesurés en microgrammes dans l'organisme humain. Plus de 200 enzymes ont le zinc comme cofacteur. C'est le cas des acides désoxyribonucléique et ribonucléique.

➤ Calcium

C'est le principal élément des os et des dents. Il aide également au fonctionnement des nerfs et des muscles. On le trouve dans les produits laitiers et certains légumes comme le chou et le brocoli (**Crips, 2006**).

Tableau 01 : Les apports nutritionnels conseillés (ANC) des personnes âgées en vitamines (Martin et al., 2001).

	Vitamine	ANC	Rôles principaux	Risques
Vitamines liposolubles	A	F: 600 µg/j H:700 µg/j	Vision, système immunitaire, peau	Xérophtalmie, plus risque de toxicité au-delà de 1500 µg/j
	D	10 à 15 µg/j	Hormone calciotrope	Rachitisme, Déminéralisation du squelette, hypocalcémie
	K	70 µg/j	Cofacteur métabolique, coagulation, transglutamination	Hémorragie
	E	20 à 50 mg	Antioxydant, rôle protecteur contre les maladies neurodégénératives	Syndrome neuro-dégénératif
	C	100 à 120 mg	Antioxydant, catalyseur de fonctions métaboliques	Scorbut
	B1 Thiamine	F:1,1 mg H:1,3 mg	Métabolisme des glucides, de l'alcool	Béribéri (très peu dans pays développés)
Vitamines hydrosolubles	B2 Riboflavine	F:1,5 mg H:1,6 mg	Catabolisme acides gras, chaîne respiratoire	Atteintes cutanées, oculaires
	B3 Niacine	F:11 mg H:14 mg	Précurseur du NAD (coenzyme d'oxydoréduction)	Pellagre (dermatose, diarrhée, démence)
	B5 Acide Pantothénique	5 mg	Constituant du COA, métabolisme glucides, acides aminés, acides gras...	Carences exceptionnelles
	B6	2,2 mg	Coenzyme, métabolisme des acides aminés	
	B8 Biotine	60 µg	Métabolisme intermédiaire	Carences rares
	B9 Folates	400 µg	Métabolisme acides aminés	Risques pendant la grossesse (défaut de fermeture du tube neural)
	B12 Cobalamines	3 µg	Transfert de groupement méthyl	

F : Femme

H : Homme

Le calcium est absorbé selon deux mécanismes :

- une voie para-cellulaire qui permet l'absorption de 60 à 70% du calcium à l'âge adulte ;
- une voie trans-acellulaire, processus actif vitamine D-dépendant, qui diminue avec l'âge et qui est pratiquement inexistant chez les sujets très âgés.

L'absorption du calcium chez les sujets âgés dépend donc essentiellement de la concentration intra-intestinale du calcium et donc des apports calciques.

Les apports recommandés en calcium sont officiellement de 900 mg/jour chez les sujets âgés, mais des études américaines suggèrent que 1200 (voir **tableau 02**), voire 1500 mg de calcium par jour sont préférables. La plupart des études montrent que 50 à 75 % de la population âgée ne consomment pas les 900 mg recommandés. Par contre, pour atteindre 1500 mg, il faut consommer au minimum quatre produits laitiers quotidiennement et des eaux minérales à forte teneur calcique.

Cet apport paraît illusoire sans supplément médicamenteux. Une étude a montré qu'un supplément de 1200 mg de phosphate tricalcique et de 800 UI de vitamine D3 donné à des femmes âgées et vivant en maison de retraite, permet de diminuer l'incidence des fractures du col fémoral et des autres fractures non-vertébrales dès le 18ème mois de traitement (**Vellas, 1990**).

➤ **Phosphore**

La majeure partie du phosphore de l'organisme (700 g) est contenu dans l'os et les dents.

Cet élément intervient en particulier dans les mécanismes de production d'énergie (adénosine triphosphate) et dans de nombreux systèmes enzymatiques. Il est contenu dans de nombreux aliments : poissons, œufs, viandes, produits laitiers, fruits et céréales. Même les sujets ayant de faibles apports alimentaires ingèrent 1 g de phosphore par jour, il n'y a donc aucune difficulté à couvrir les besoins nets qui sont de 450 mg/jour (**Byock, 2007**).

➤ **Magnésium**

Le magnésium participe à la plupart des métabolismes d'oxydoréduction et de régulation électrolytique. La moitié du capital magnésique (24 g) se situe dans l'os. Les muscles squelettiques, le système nerveux et les organes à haute activité métabolique en contiennent également beaucoup. Il est possible que les pertes excessives de magnésium apparaissent chez les sujets âgés malades, alcooliques ou diabétiques, et chez les patients traités par certains diurétiques. Les apports magnésiques nécessaires sont estimés à

Tableau 02 : Les besoins des personnes âgées en oligo-éléments (Martin et al., 2001).

Oligo-élément / minéraux ANC	ANC	Rôles principaux	Risque
Calcium	1200 mg/j	Structure des tissus minéralisée	Déminéralisation osseuse
Phosphore	800 mg/j	Structure du squelette, dents	Carence peu probable (anorexie, faiblesse musculaire...)
Magnésium	F: 360 mg/j H:420 mg/j	Cofacteur enzymatique	Tétanie, hypocalcémie
Sodium et chlore	4 g/j	Conduction nerveuse	Risque d'hypertension si excès
Potassium	3 g/j	Fonctionnement enzymes, conduction nerveuse	Faiblesse musculaire, apathie, paralysie, arythmie
Fer	10 mg/j	Oxygénation des tissus	Anémie ferriprive
Zinc	15 mg/j	Cofacteur enzymatique	Troubles immunitaires, lésions peau, vision...
Sélénium	80 µg/j	Cofacteur enzymatique	Dystrophie, dépigmentation, anémie...
Chrome	125µg/j	Métabolisme glucidique, lipidique	Hyperglycémie, signes nerveux
Cuivre	1,5 mg/j	Métabolisme oxydatif du glucose, minéralisation osseuse, immunité	Carence rare
Iode	150 µg/j	Hormones thyroïdiennes	Crétinisme, goitre

6 mg / kg /jour. Le magnésium est apporté par des aliments comme le chocolat, les fruits secs, les fruits de mer ou les céréales entières, et de façon non négligeable par l'eau de boisson (Byock, 2007).

➤ **Fer**

Le vieillissement n'est pas un facteur de risque de carence en fer.

Les pertes physiologiques (donc les besoins) en fer du sujet âgé sont inférieures à celles de l'adulte du fait de la diminution de l'activité physique et de la fin des menstruations chez la femme.

Les ANC en fer pour le sujet âgé sont donc identiques à ceux de l'adulte : en l'absence de toute perte excessive en fer, des ANC de 10 mg/j sont suffisants pour les femmes et hommes âgés.

Dès lors pour des personnes âgées en bonne santé ayant une alimentation variée et comportant des aliments carnés, aucune supplémentation n'est à envisager (**Guibert, 2005**).

I.2.1.4. Les autres besoins

I.2.1.4.1. En énergie

Les dépenses énergétiques ont pour origine :

-La dépense énergétique de repos qui constitue 60 % des dépenses énergétiques totales. Elle est principalement représentée par le métabolisme de base (dépense énergétique incompressible correspondant au métabolisme oxydatifs nécessaire au maintien de la vie).

La diminution du métabolisme de base chez le sujet âgé est liée à la diminution de la masse maigre liée à l'âge.

-La dépense énergétique liée à l'effet thermique des aliments représente 10 % des dépenses énergétiques totales. Cet effet thermique reste quasiment inchangé chez le sujet âgé.

-Les dépenses énergétiques liées à l'activité physique représentent la part variable des dépenses. L'activité physique diminue avec le vieillissement. Cependant, la dépense énergétique nécessaire pour assurer le même exercice physique est identique, voire supérieure chez le sujet âgé.

Pour la plupart des sujets âgés ayant une activité physique modérée (1h de marche, de jardinage ou d'activité ménagère), la dépense d'énergie totale est d'environ 1,35 fois le métabolisme de base. Dans ce cas, les besoins sont proches de 30 kcal/kg/jour (environ 1800 kcal/jour pour un homme de 60 kg).

Quel que soit l'âge, les sujets consommant moins de 1500 kcal/jour ne peuvent couvrir leurs besoins en vitamines et minéraux même si leur alimentation est variée (**Ferry et al., 2002**).

I.2.1.4.2. En eaux

La plupart des sujets âgés réduisent leur consommation liquidienne par diminution de la sensation de soif. L'âge s'accompagne d'une réduction du pouvoir de concentration des urines, du pouvoir de réabsorption sodée, et de la masse maigre, donc la masse hydrique corporelle totale. L'hormone antidiurique est moins active. Les sujets âgés incontinents réduisent souvent leur apport en eau pour pallier l'inconfort. Les pertes en eau sont aggravées par des thérapeutiques diurétiques et laxatives fréquemment utilisées par les sujets âgés

Les sujets âgés, comme les adultes, ont un besoin hydrique de 35 à 45 ml d'eau /kg/j soit environ 2,5 l d'eau pour une personne pesant 60 kg. Ces 2,5 l d'eau sont fournis pour moitié par les boissons, l'autre moitié étant apportée par l'eau de constituant des aliments et l'eau produite par les réactions d'oxydation (**Can, 1996**).

I.3. Les troubles de l'alimentation chez la personne âgée

I.3.1. Généralités

Il faut manger pour vivre, mais manger est une action beaucoup plus complexe qu'il ne paraît. En effet, la saveur d'un aliment, son goût, est un complexe poly sensoriel ; elle fait appel à des sensations gustatives mais aussi olfactives, thermiques, visuelles et même auditives.

Mais les deux sens intervenant de façon privilégiée dans une dégustation sont le goût et l'odorat. Le respect de ces deux sens, étant la condition première à une alimentation plaisir, et ce, quel que soit l'âge du bébé jusqu'à la personne âgée.

Ce goût, si précieux dans la construction de l'être, est sujet à de nombreuses agressions : effets médicamenteux, mauvaise hygiène dentaire, infections virales ORL, tumeurs des nerfs de la gustation ... (**Phillipe, 2008**).

Le goût est une sensation, il est également une émotion. Il a, en outre, une histoire, il évolue en permanence. Avec l'âge, les comportements alimentaires se modifient. Le vieillissement n'est pas seul en cause; interviennent aussi les trajectoires socioculturelles et les bouleversements de la vie quotidienne. Pourtant, conserver de bonnes habitudes d'alimentation peut aider à maintenir le lien social et préserver l'identité.

Pour comprendre la pluralité des comportements alimentaires chez le sujet vieillissant, il faut tenir compte de trois phénomènes imbriqués : les trajectoires socioculturelles, l'effet de cohorte et l'effet d'âge (**Phillipe, 2008**).

I.3.2. Les trouble métabolique chez la personne âgée

I.3.2.1. La baisse de l'appétit

La perte d'appétit est un symptôme fréquent chez la personne âgée, chez qui, le fonctionnement de l'organisme a tendance à se ralentir, la digestion se fait plus lentement, la transformation et l'utilisation des aliments également.

Evidemment, la personne âgée peut développer une des pathologies responsables d'anorexie. Cependant, en dehors de toute pathologie, la baisse d'appétit est due à des facteurs physiques et une composante psychologique est souvent associée (**Aubert, 2012**).

La vieillesse entraîne des modifications qui influencent les mécanismes de faim et de satiété :

-Une diminution de la quantité des papilles gustatives (un tiers de moins que chez la personne jeune) qui peut modifier son sens du goût qui joue un rôle très important dans l'appétit ;

-Une accélération de l'atrophie gastrique qui diminue la quantité de récepteurs et les capacités de réception et de digestion de l'estomac, entraînant une réduction des quantités ingérées.

Il existe également une diminution de la masse de l'intestin et une réduction de son activité, du volume et de l'irrigation du foie, ce qui conduit à réduire les capteurs évaluant la quantité de sucre disponible pour la cellule. Parfois, une atrophie du cerveau peut aussi perturber les voies de conduction nerveuses de l'appétit.

La personne âgée a généralement une activité physique diminuée, voire très restreinte, ce qui réduit ses dépenses énergétiques, donc ses besoins alimentaires et son appétit (**Etem, 2007**).

I.3.2.2. La perte de poids

Le poids représente l'ensemble de la masse maigre et de la masse grasse. Mais, le poids est fortement corrélé à la mesure de la masse grasse chez l'homme.

Le poids est diminué chez le vieillard après un maximum pondéral, situé entre 40 et 50 ans chez l'homme, et entre 50 et 60 ans chez la femme. Puis, le poids se stabilise et décroît chez l'homme et entre 50 et 60 ans chez la femme. Puis, le poids se stabilise et progressivement à partir de 70 ans.

Cette perte pondérale pourrait être estimée à 1 kg par décennie chez le sujet âgé en bonne santé (**Etam, 2007**).

Beaucoup de personnes âgées perdent spontanément du poids en vieillissant; et cette perte est considérée comme un indicateur d'une détérioration de la santé et d'une augmentation du risque de mortalité (**Harris et Ferrucci, 2010**).

I.3.2.3. La modification de la soif

La modification de soif a tendance à s'atténuer chez les personnes âgées, entraînant une baisse de la consommation de boissons. C'est le cas, notamment, après une période de privation d'eau (**Kenney et Chiu, 2001; Schols et al., 2009**).

Plusieurs hypothèses ont été avancées : altération de la fonction des osmorécepteurs et barorécepteurs ; modifications hormonales et des neurotransmetteurs (affaiblissement des niveaux de dopamine – un neurotransmetteur impliqué dans la sensation de soif –, niveau accru de peptide natriurétique auriculaire (APN) – reconnu comme étant un inhibiteur de la soif – dans le plasma, etc.) (**Silver, 1990 ; Wilson, 1999**). Ainsi, il arrive fréquemment que les individus les plus âgés ne boivent pas suffisamment pour se réhydrater après une période de privation d'eau (**Sheehy et al., 1999; Kenney et Chiu, 2001**).

I.3.2.4. L'effet de l'alcool et des médicaments

En vieillissant, il faut adapter ces quantités à son état de santé et se montrer plus prudent avec sa consommation d'alcool. En effet, avec l'âge, la quantité d'eau présente dans l'organisme diminue. L'alcool consommé est donc dilué dans une plus faible quantité de liquide, ce qui explique que le taux d'alcool dans le sang est plus élevé et que les effets sont plus importants.

Ainsi, la consommation d'alcool peut provoquer plus rapidement des dommages physiques ou engendrer une dépendance. La consommation d'alcool peut également aggraver certaines maladies (**Menecier et al., 2010**).

-Effet de l'alcool

Boire de l'alcool exerce un effet direct sur le corps. L'alcool absorbé se trouve dans le sang et se diffuse alors dans le corps. Après une dizaine de minutes, il atteint le cerveau et les premiers effets se font sentir.

L'effet varie en fonction du nombre de verres consommés, de la vitesse d'absorption, du sexe, de la taille et du poids, du mode de consommation de l'alcool (**Michaud, 2003**).

-Effet de médicament

Les effets indésirables des médicaments sont deux fois plus nombreux après 65 ans et 10 à 20 % conduisent à une hospitalisation. Ils sont, le plus souvent, en tout ou partie liés à un effet secondaire médicamenteux chez les sujets âgés, fréquence semblant en hausse depuis dix ans (**AFSSA et Legrain S, 2005**).

Il faut savoir que la consommation d'alcool est contre-indiquée avec la prise de nombreux médicaments. Les effets de l'alcool et ceux des médicaments entrent en interaction et s'en trouvent modifiés.

L'alcool et le médicament peuvent:

- Diminuer l'efficacité d'un médicament (antibiotique, anesthésiant, anticoagulant).
- Potentialiser l'effet d'un médicament (somnifère, antihypertenseur).
- Provoquer les troubles comme nausées, vomissements, des migraines (antibiotique, antidiabétiques).
- Retarder son élimination et contribuer au développement de lésion hépatique.
- Augmenter son effet sédatif et provoquer une baisse de vigilance favorisant le risque de chutes (antidépresseur, neuroleptique).

La personne âgée est sujette à un risque accru d'interaction entre les médicaments et l'alcool auquel s'ajoutent les processus d'élimination plus lents et difficiles (**Menecier et al., 2010**).

I.3.2.5. Les modifications de la dentition

L'ensemble des tissus subit un processus de sénescence. Les fêlures apparaissant sur l'émail ou les pertes de substance par érosion, abrasion ou attrition sont caractéristiques du vieillissement dentaire. Le vieillissement physiologique du tissu pulpaire se traduit par une fibrose partielle ou totale associée à un rétrécissement de la cavité pulpaire parfois jusqu'à son oblitération complète.

Ces phénomènes limitent de façon importante le potentiel de cicatrisation et de réparation de l'organe dentaire. Par ailleurs, la rétraction physiologique de la gencive favorise l'exposition des racines dentaires et du tissu recouvrant leur surface, le cément. Celui-ci est souvent

sclérotique et présente de nombreuses irrégularités telles que des pertes de substance résultant d'un brossage traumatique.

Le collet offre une moindre résistance au développement de lésions carieuses. Ainsi le risque carieux est souvent élevé chez la personne âgée. Les lésions carieuses intéressant le collet et les racines dentaires constituent une pathologie spécifique du sujet âgé et leur prévalence augmente de 18 à 51% avec l'âge. Elles atteignent principalement la dentine et le ciment et s'étendent fréquemment en nappes. Les caries radiculaires se développant progressivement sous la gencive représentent une difficulté thérapeutique ; elles peuvent être à l'origine de l'avulsion de la dent lorsque le traitement conservateur est impossible. Le niveau de risque carieux élevé chez la personne âgée, associée à des difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires, participe à l'augmentation de la prévalence des lésions carieuses chez les patients âgés **(OMS, 2006)**.

L'analyse de la littérature démontre, chez le sujet âgé, que l'état dentaire peut aggraver les co-morbidités les plus fréquentes mais aussi que les co-morbidités ont des répercussions sur l'état dentaire, le tout interférant avec la qualité de vie. Les liens entre l'état dentaire et les maladies cardio-vasculaires, respiratoires, le diabète, les démences, la maladie de Parkinson ont fait l'objet de nombreuses études : par exemple, les diabétiques, vulnérables à l'infection, présentent un risque élevé de parodontopathies et, en retour, la maladie parodontale affecte le contrôle métabolique du diabète. L'augmentation des germes buccaux, favorisée par une hygiène défectueuse, prédispose à la survenue de pneumopathies par inhalation.

Les pathologies dentaires à partir de 65 ans ont une incidence et une prévalence élevées ; qu'il s'agisse des pathologies carieuses, essentiellement les caries radiculaires aggravées par l'accumulation de la plaque dentaire du fait des difficultés de réalisation de l'hygiène buccale ou des maladies parodontales et des processus inflammatoires gingivaux, à l'origine de douleurs et de mobilités dentaires entraînant des pertes dentaires. Leurs répercussions fonctionnelles sont variables, allant de la moindre tolérance des prothèses à des difficultés masticatoires parfois invalidantes **(OMS, 2006)**.

Les pathologies muqueuses, ulcérations, lésions traumatiques, candidoses sont fréquentes car favorisées par une hygiène insuffisante, une diminution de la sécrétion salivaire, le port de prothèses défectueuses, l'antibiothérapie au long cours, un diabète mal équilibré. Les pathologies salivaires sont responsables de perturbations du goût, de difficultés de rétention des prothèses, de l'accumulation de plaque bactérienne qui adhère aux muqueuses **(OMS, 2006)**.

I.3.2.6. La modification de la vue

L'influence de l'âge sur les fonctions visuelles de l'homme, intéressent non seulement l'ophtalmologiste, mais de très nombreuses spécialités médicales et non médicales comme par exemple les médecins du travail, les éclairagistes, les constructeurs d'automobile,

L'importance de la connaissance des changements dans la vision induite par le vieillissement est évidente (**Zanlonghi, 2001**).

Il existe plusieurs maladies oculaires qui peuvent affecter la vision. Les plus fréquentes chez les personnes âgées sont les suivantes:

- Dégénérescence maculaire liée à l'âge.

-Glaucome.

-Rétinopathie diabétique.

-Cataractes.

Certaines de ces maladies sont associées à des signes que le malade peut dépister alors que d'autres, comme le glaucome, ne présentent aucun symptôme avant que les changements d'ordre visuel ne soient importants. Il est donc crucial, d'inciter à visiter régulièrement un spécialiste de la vue. Pour certaines personnes âgées, la perte de vision liée à l'âge peut être corrigée par le port de lunettes conventionnelles, par la médication ou par la chirurgie, si elle est dépistée à temps (**Zanlonghi, 2001**).

I.3.2.7. Trouble de la motricité

Les troubles de la motricité correspondent au simple fait de ne pouvoir produire un mouvement ou de voir celui-ci perturbé par un mouvement supplémentaire. Ils ne prennent pas en compte les troubles de la coordination qui perturbent les mouvements sans affecter la motricité (**Potier, 2010**).

Le plus important est la paralysie. Elle provoque un arrêt total de la motricité de la région atteinte. Cette paralysie peut varier en fonction du tonus. Lorsque celui-ci est absent, la paralysie est flasque (muscles détendus) et lorsqu'il est présent, la paralysie est spastique (muscles contractés).

Les tremblements du type extrapyramidal comme la maladie de Parkinson perturbent la motricité.

-La motricité peut être excessive avec des convulsions : c'est le cas des crises d'épilepsie qui sont des décharges nerveuses en provenance de la frontale ascendante du cerveau (**Potier, 2010**).

La sarcopénie désigne la perte de masse et de fonction musculaires qui survient majoritairement chez la personne âgée (**Cruz-Jengtoft et al., 2010**). La perte de fonction peut être appréhendée par des tests cliniques mesurant la force (préhension, extension) ou la performance (vitesse de marche sur 4 mètres, capacité à se lever, etc.).

Les conséquences sont multiples: fonte musculaire signifie mobilité réduite, fatigabilité, chutes. De l'immobilisme forcé découle une réduction de la vie sociale, une diminution de l'exercice physique quotidien et une altération de la vie sociale en raison de la difficulté à faire les courses, à cuisiner, à couper la viande... Or, inactivité et malnutrition induisent une perte musculaire (**Dangin et al., 2002**).

I.3.2.8. Un système digestif moins efficace

Le système digestif ne se modifie pas de manière importante avec l'âge. Néanmoins, un ensemble de petits changements peuvent modifier la capacité à digérer les aliments et les personnes âgées se plaignent fréquemment de brûlures d'estomac, de ballonnements ou de constipation

La diminution de la sécrétion de salive, associée à d'éventuels problèmes de dents, nuit à la bonne mastication des aliments et à leur préparation en vue du processus de digestion. Dans l'estomac, les sécrétions acides deviennent moins importantes avec l'âge, rendant moins efficace cette étape de la digestion. Enfin, les fibres musculaires de l'estomac et de l'intestin perdent leur tonus. La digestion d'un repas prend plus de temps et le risque de constipation augmente (**Perneger et al., 1998**).

I.3.2.9. Les modifications métaboliques

Dans l'étude Alphasinolénage menée chez des personnes très âgées et hospitalisées, la consommation de lipides inférieure aux recommandations amène à un trouble dans certains marqueurs liés au métabolisme énergétique (**Combe et al., 2015**).

La sévérité de la maladie et l'intensité de l'anorexie peuvent être telles que les techniques utilisées pour renforcer l'alimentation orale ne permettent d'obtenir ni la ration protéino- énergétique nécessaire, ni une hydratation correcte. Dans ces conditions, il faut mettre en œuvre les moyens capables d'apporter les nutriments nécessaires pour couvrir les besoins de base du malade et les besoins supplémentaires occasionnés par la maladie. Les besoins énergétiques doivent atteindre 35 à 45 kcal/kg/jour en 3 à 5 jours (soit 2100 à 2700 kcal/j pour 60 kg) et rester à ce niveau jusqu'à la normalisation du taux des protéines inflammatoires. Après correction de la phase aiguë la période de convalescence nécessite encore des apports d'au moins 35 kcal/kg/j, jusqu'à la récupération d'un poids normal **(Anonyme, 2003; Anonyme, 2007)**.

CHAPITRE II : Les conséquences psychologiques du vieillissement.

II.1. Généralités

Le vieillissement Correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie (**Fontaine, 2007**). Le vieillissement peut être appréhendé sur trois niveaux : physique, mental et social (**OMS, 2017**).

Le processus du vieillissement normal est progressif et varie suivant chaque personnalité par rapport à leur état de santé, leur métabolisme, mais surtout leur environnement social. Selon l'OMS, l'Organisation mondiale de la Santé, la vieillesse concerne les personnes âgées de 65 ans et plus. Selon notre culture, nous percevons la vieillesse de manière différente, les uns considèrent souvent le début de la vieillesse lorsqu'une personne ne travaille plus soit après 55 ans et pour quelques autres, elle débute vers l'âge de 75 ans lorsque la personne âgée a des besoins spécifiques d'équipements et d'aides aux soins (**OMS, 2017**).

Évidemment, on ne prend pas suffisamment en compte tous les facteurs de vie de l'adulte âgé, cet âge chronologique ne veut rien dire, car on sait que certaines personnes avancent en âge plus rapidement que d'autres.

Assez complexe et difficile à définir, le vieillissement est dépendant de l'hérédité, des habitudes d'alimentation et de l'environnement social et familial. Plusieurs théories sont avancées dans le processus du vieillissement comme une programmation inévitable où le corps vieillit normalement ou encore par un vieillissement d'usure progressive du corps et des cellules.

En effet, le programme génétique de chaque humain peut définir la durée de vie, mais les degrés d'usure de l'organisme nous permettent de comprendre les capacités d'un individu à conserver la bonne santé le plus longtemps possible (**Mukandu, 2013**).

Le vieillissement est un processus biologique multiforme qui implique deux processus opposés : le déclin progressif du métabolisme et des fonctions de l'organisme associées à l'apparition des mécanismes d'adaptation importants.

Le processus du vieillissement varie d'une population ou d'une personne à une autre. De la naissance à la mort, une personne ne vieillit pas de la même façon ni au même rythme. C'est ce qu'on appelle le « vieillissement différentiel » (**Mukandu, 2013**).

II.2. Catégories des personnes âgées

Les personnes âgées sont divisées en trois catégories :

- a. Les personnes âgées jeunes: de 55 à 65 ans sont physiquement et socialement actives et ont l'apogée de leur carrière.
- b. Les personnes âgées moyennes: de 65 à 75 ans les personnes entrent en retraite. Elles aiment pleinement la vie et se considèrent à la fleur de l'âge. Ces personnes préfèrent les voyages et de vaquer aux occupations qu'elles ont eu toujours envie de faire pendant leur vie active. Durant cette phase, les capacités physiques commencent à diminuer et à se détériorer.
- c. Les personnes âgées fragiles et délicates : de plus de 75 ans ; elles sont socialement et physiquement moins actives et ne sont pas tellement en bonne santé et exigent des soins constants. Ces personnes vivent une vie retirée et isolée (**Omanyondo, 2013**).

II. 3. Les différentes formes de vieillissement

Il existe plusieurs processus de vieillissement aboutissant à différentes catégories de personnes âgées. Le vieillissement dit "réussi" concerne environ 20% des personnes âgées, elles arrivent en bonne santé à un âge avancé. Le vieillissement "usuel" permet à la personne de garder une bonne qualité de vie et une autonomie suffisante malgré différentes pathologies (arthrose...). Il concerne 50% des personnes âgées.

Le vieillissement "pathologique" comprend lui, les personnes sévèrement malades et touche 15% des personnes âgées (**Gonthier, 2001**). En plus de ces trois formes de vieillissement, le concept de "personne fragile" s'est développé ces dernières

années. La fragilité est définie par le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG) comme « un état instable correspondant à une sous-population de personnes âgées soumises à une désadaptation des systèmes homéostatiques aboutissant à un déficit progressif des fonctions physiologiques et cellulaires avec une diminution des capacités de réserve et une limitation précoce et insidieuse des aptitudes relationnelles et sociales. Cette limitation représente souvent le premier signe tangible d'une vulnérabilité qui s'instaure ». Ces sujets présentent un risque important de perte d'autonomie, c'est pour ces personnes que les actions préventives sont les plus efficaces (Arveux et al., 2002).

II.4. Les conséquences psychologiques du vieillissement

II.4.1. Les changements psychologiques

Avec l'âge se produisent des changements physiologiques ainsi que des modifications ayant des répercussions psychologiques (anxiété, solitude, précarité, nouveau cadre de vie). Tous ces facteurs modifient le comportement alimentaire. Pour les seniors également, la clé de la santé réside dans une alimentation équilibrée.

II.4.1.1. L'anxiété

L'anxiété est fréquente chez la personne âgée. L'angoisse dépressive est surtout matinale, ce qui contraste avec les peurs vespérales de la démence. L'anxiété du sujet âgé recouvre à la fois une réactivité particulière au stress à cette période de la vie. Les facteurs de stress influent probablement sur la profondeur de l'anxiété : être aux prises avec une maladie grave (cancer), s'occuper d'un conjoint atteint d'une démence, divorce ou ratage d'un projet fortement investi, poids d'une solitude nouvelle non assumée..., toutes expériences qui exposent au risque de passage à l'acte suicidaire (Hart, 1987).

II.4.1.2. La solitude

La solitude est un sentiment personnel qui peut survenir même lorsqu'on se trouve au milieu d'une foule.

Le sentiment de solitude est très souvent associé à l'isolement social, qui est fréquent chez les personnes âgées. Néanmoins, il est important de bien distinguer ces deux

concepts. En effet, une personne peut être isolée et ne pas souffrir de solitude pour autant et, inversement, il est possible de se sentir seul même en présence d'autres personnes. L'isolement social est mesurable objectivement sur base du nombre de contacts sociaux qu'une personne a dans sa vie quotidienne.

On parlera d'isolement social lorsqu'une personne entretient très peu de contacts avec d'autres personnes. Les personnes âgées ont souvent un réseau social plus réduit du fait du décès de leur conjoint ou d'amis proches, de la diminution de leur autonomie physique, ou encore de la peur de sortir seules. Le sentiment de solitude est quant à lui une notion subjective. En effet, la solitude est le « ressenti subjectif lié au manque désagréable ou intolérable de (qualité de) certaines relations» (**Gierveld, 1984; cité par Vandembroucke et al., 2012**).

Le sentiment de solitude est caractérisé par cinq symptômes, observés sur une même période d'au moins deux semaines (**Buisson J, 2005**) :

- Humeur dépressive presque quotidienne ;
- Diminution marquée de l'intérêt ou des plaisirs dans toutes ou presque toutes les activités ;
- Perte, gain de poids significatif en l'absence de régime ou de diminution ou d'augmentation de l'appétit ;
- Fatigue, perte d'énergie ;
- Pensée récurrente de la mort.

II.4.1.3. La précarité

Ce terme renvoie très précisément à cette notion d'insécurité et aux gestes d'imprécaution qu'elle implique. La définition de la précarité se distingue ainsi naturellement de la pauvreté qui renvoie à l'état de celui qui est pauvre, dans la nécessité, dans le besoin, dans la pénurie ou l'insuffisance, et qui fait généralement référence à un seuil dans une culture donnée. On peut ainsi vivre dans une société pauvre sans précarité comme on peut vivre précaire dans une société riche.

La précarité serait plus à considérer comme un facteur de risque de pauvreté. Ainsi pour **Wrésinski (1987)**, la précarité est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

II.5. Le vieillissement et les troubles psychiques

Les problèmes de santé mentale sont souvent mal repérés par les professionnels de santé et par les personnes âgées elles-mêmes. Les maladies psychiques sont doublement stigmatisées par le regard de la société sur les troubles psychiques et sur la vieillesse. Cela entraîne souvent une difficulté à reconnaître les problèmes et un sentiment de honte à demander de l'aide. Ce qui renforce le processus d'isolement, d'exclusion et laisse les troubles psychiques s'aggraver, voire même devenir chroniques (**OMS, 2013**).

II.5.1. Les troubles dépressifs

Contrairement aux idées reçues, la dépression n'est pas une fatalité pour la personne âgée. La dépression est une maladie qui se manifeste par une humeur triste et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles. À cela peut s'ajouter une diminution ou augmentation de l'appétit avec perte ou prise de poids, des troubles du sommeil, de la fatigue, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, une baisse des facultés de mémoire et de concentration, et des pensées de mort. Avec l'âge, la dépression peut se manifester par des plaintes et des douleurs somatiques, un changement de comportement, avec un sentiment de vécu hostile et de l'agressivité (**OMS, 2013**).

Le plus souvent la douleur morale est masquée. La difficulté à cet âge est de repérer le vécu dépressif parmi les plaintes usuelles du grand âge. Plus le sujet est âgé, plus il est difficile de faire la part du normal et du pathologique. La dépression, méconnue trois fois sur quatre chez l'adulte, l'est encore plus chez le sujet âgé.

On estime que 60 à 70% des symptômes dépressifs des plus de 65 ans seraient sous traités voire non traités. Ce manque de prise en charge est une cause importante de perte d'autonomie et de dépendance, et de risque de suicide (**Monfort et al., 1993**).

II.5.2. Le risque suicidaire

Le nombre absolu de décès par suicide est faible comparé aux autres causes de décès chez les personnes âgées. Mais le risque de suicide est statistiquement très élevé par rapport aux autres tranches d'âge. En France, un tiers des personnes qui se suicident ont plus de 65 ans et 80 à 90% des tentatives de suicide sont liées à un épisode dépressif (**OMS, 2013**).

En France, l'homme âgé de plus de 75 ans détient le record d'Europe en matière du taux de suicide.

II.5.3. Le stress

La personne très âgée est exposée dans cette période de vie « âge des traumatismes » à vivre « les traumatismes de l'âge » (**Briole et al., 1999**) qui peuvent être considérés comme autant de pertes dont voici un échantillonnage :

- Une poly pathologie, perte de la bonne santé: les maladies les plus fréquentes sont les maladies cardio-vasculaires, les AVC et les cancers. La psycho oncologie se développe et permet de mieux connaître le vécu psychologique des personnes ayant à vivre avec un cancer.
- Le recours à un tiers auxiliaire de vie, perte de l'autonomie.
- Le passage dans un lieu de vie communautaire, perte du domicile privé.
- La proximité de la mort, perception de la perte prochaine de la vie.
- La retraite, perte du travail rémunéré et de l'identité professionnelle.
- Le départ et/ou le décès des amis, perte du réseau d'amitié.
- Les pertes des proches ont comme conséquence une réduction du nombre des interactions sociales et peuvent contribuer à un isolement, une désafférentation sociale.
- Le divorce ou le veuvage, perte du conjoint.
- La contention physique, perte de sa liberté de mouvements.

II.5.4. Les troubles du sommeil

Des enquêtes utilisant des questionnaires révèlent qu'environ 35 % des sujets de plus de 60 ans ont des plaintes de mauvais sommeil.⁷² Les sujets âgés souffrent de baisse de l'efficacité du sommeil, d'éveils fréquents et prolongés au cours de la nuit, de réveils matinaux précoces et d'une augmentation de la somnolence au cours de la journée (**Dement et al., 1982; Buysse et al., 1992**).

Les troubles du sommeil invalident de façon importante l'individu âgé du fait de la somnolence qu'ils entraînent pendant la journée. Inversement, cette somnolence retentit sur la qualité du sommeil nocturne, l'ensemble du processus pouvant participer à une désinsertion socio familiale surtout si le sujet âgé est contraint à rester allongé une grande partie du temps ou s'il est rendu inactif du fait de déficits sensorimoteurs. Il est donc nécessaire de faire un examen précis du sujet afin de rattacher le trouble du sommeil à son contexte pathologique (**Dement et al., 1982**).

II.5.5. Les capacités cognitives

Les fonctions cognitives comme l'attention, la concentration, l'observation, les capacités de raisonnement et la mémoire diminuent progressivement avec l'âge. Certaines personnes âgées se plaignent de ce déclin et il est important pour les neuropsychiatres de s'y intéresser notamment si d'autres facteurs physiques et émotionnels s'y rajoutent comme la fatigue chronique, la perte d'un être cher, un isolement mal supporté, une mauvaise estime de soi ou la maladie.

Grâce à un bilan cognitif complet, le médecin pourra les rassurer et les guider vers une prise en charge psychologique ou médicale ou encore évaluer précisément les premiers signes d'une démence sous-jacente.

Les maladies neurodégénératives concernent plus d'un million de personnes en France. Elles se caractérisent par : altération de la mémoire, perturbation du langage, perturbation de l'activité motrice et de la capacité à programmer et organiser les tâches de la vie courante (**Inserm, 2014**).

Les troubles cognitifs engendrent des troubles de la communication et une difficulté à faire les gestes essentiels à la vie : faire ses courses, sa cuisine, gérer son budget, se

déplacer hors domicile ; puis à un stade plus évolué, manger, se laver, s'habiller, éliminer, se déplacer au domicile.

1/ L'intelligence

On voit apparaître une dissociation entre 2 types d'intelligence :

- Cristallisée : Elle fait référence aux savoirs scolaires et ne subirait pas les effets du vieillissement.

- Fluide : Elle est liée à l'apprentissage de contextes nouveaux et des activités de compréhension des relations entre des données nouvelles de nature spatiale ou verbale (**Zerillo, 2001; cité par Charles, 2010**).

2/ Le langage

C'est une fonction relativement bien préservée avec le vieillissement, car très en lien avec l'intelligence cristallisée. C'est une compétence liée aux conditions socioculturelles et le niveau d'éducation. Elle s'acquiert tôt dans l'enfance et se pratique tous les jours.

Cependant, la communication référentielle (deux interlocuteurs faisant référence à un objet commun), diminue avec l'âge, car la personne âgée aurait du mal à se décentrer, à intégrer le point de vue de l'autre (**Zerillo, 2001; cité par Charles, 2010**).

Certains professionnels auraient tendance à parler aux personnes âgées avec un langage bébé. Or, les personnes âgées n'apprécient pas.

La **Nun Study (2010)** a montré que les personnes présentant un style avec une syntaxe simplifiée, présentent un risque plus élevé de développer une maladie d'Alzheimer plus tard.

3/ La mémoire

C'est une fonction sensible aux effets du vieillissement dont les personnes âgées se plaignent. Pourtant, il n'y a pour l'instant pas de lien mis en évidence entre les plaintes mnésiques et un déficit de mémoire l'autre (**Zerillo, 2001; cité par Charles, 2010**).

-Il y a trois types de mémoire à considérer :

- a. La mémoire immédiate n'est plus aussi performante. C'est celle qui permet d'effectuer des opérations sur le court terme, comme par exemple de se rappeler le numéro de téléphone qu'on vient de lire. La perte est sensible, même si elle n'est pas très gênante.
- b. La mémoire de travail, celle qui permet d'effectuer les opérations intellectuelles (comme le calcul mental), reste bien préservée, mais elle est très dépendante des capacités d'attention qui, elles, diminuent.
- c. La mémoire à long terme est altérée elle aussi, malgré l'opinion courante. Il faut noter que la plainte mnésique est un phénomène normal : 100% des sujets de 50 ans oublient les noms propres.

Par contre la mécanique de la mémoire, toute cette machinerie qui permet de stocker un souvenir et de le rappeler à volonté, est assez peu altérée (**Cavey, 2006**).

II.5.6. Les facultés mentales

La personne âgée peut ressentir un réel mal-être face au vieillissement et à l'adaptation de son environnement. Ses fonctions mentales peuvent régresser très rapidement : psychoses, hallucinations, troubles importants de la mémoire, conduites agressives face à l'entourage... Elles sont souvent conscientes de leur état (sentiment de déchéance, culpabilité face à leur inutilité, remords...) et en souffrent ce qui entraîne des dépressions sévères voir des idées noires ou des comportements suicidaires.

Ainsi, les fonctions cognitives ne se détériorent pas toutes avec l'âge, et les caractéristiques linguistiques, telles que la compréhension, la lecture et le vocabulaire, en particulier, restent stables tout au long de la vie (**OMS, 2017**).

II.5.7. L'isolement affectif et social

Lors du départ à la retraite, le sujet âgé ressent souvent un sentiment d'inutilité face à la société. Le manque de relations sociales et professionnelles et les changements de rythmes biologiques entraînent la personne âgée dans un isolement affectif et relationnel difficile à supporter. L'absence ou l'éloignement de la famille renforce encore leur solitude (**OMS, 2017**).

CHAPITRE III : Sujets et Méthodes.

III.1. Organisation de l'enquête

L'étude vise à étudier l'état nutritionnel des personnes âgées au niveau du foyer des personnes âgées et handicapées (FPAH) de la wilaya de Mostaganem. C'est dans ce cadre que nous avons décidé de nous interroger sur le comportement alimentaire de la personne âgée.

III.1.1. Situation de l'enquête et population ciblée

L'enquête a été réalisée dans le foyer des personnes âgées et handicapées au niveau de la wilaya de Mostaganem (situé à 02 Km de la ville de Mostaganem, Dabdaba). Ce foyer créé en **1982** dans le but de recevoir les personnes âgées c'est transformé d'une maison de retraite en un foyer (**2012**) destiné à recevoir les personnes (en majorité dans un âge très avancé) en état de difficultés sociales,

L'enquête s'est réalisée entre le mois de Février et le mois de Mai 2017 et a visé 30 personnes âgées se répartissent en 11 hommes et 19 femmes dont l'âge est entre 46 à 91ans.

III.2. Technique d'enquête

Il s'agit d'une enquête alimentaire rétrospective par questionnaire. La démarche retenue consistait à questionner la personne âgée dans un cadre individuel, au cours d'un entretien visant lui-même à rompre la solitude et d'une durée de plus d'une heure afin de laisser à la personne tout son temps pour s'exprimer.

Cette enquête a été faite sur 30 personnes âgées (homme et femme) et le questionnaire comprenait les rubriques détaillées en **annexe 01**.

III.3. L'interview

Pendant l'entretien, les questions visées interrogé le résident sur la répartition habituelle et la diversification de son alimentation afin d'apprécier son profil alimentaire.

La confirmation de ce profil a été aussi mise en point dans les interviews avec le staff de veille sur ces personnes âgées, car les invalidités mentales, plus au moins sévères des résidents, nous a pas permis d'avoir les réponses exactes. Ainsi, les interviews déroulaient selon la disponibilité et l'habilité de l'enquêté à nous parler.

Le questionnaire comprenait des rubriques qui permettent de : caractériser la personne (âge, sexe, poids, taille, profession préalable...), avoir des informations sur ses activités culturelles et physiques, sur son alimentation, comment elle estime son état de santé et si elle garde ses relations avec sa famille ou ses proches.

III.4. Le personnel du foyer

Le foyer comprend deux médecins un généraliste et une psychologue qui visitent le foyer une fois par semaine (dimanche pour le généraliste et le jeudi pour la psychologue). Ces médecins travaillent chez des hôpitaux étatiques et ont un contrat avec la Direction de l'Action Sociale (DAS) pour prendre en charge l'état de santé des résidents.

Par ailleurs, il existe une seule infirmière qui travaille tous les jours de la semaine (sauf les weekends) dans le foyer et dont ses missions est de veiller à donner les médicaments aux malades et faire les soins si nécessaire.

Les éducateurs aidants sont de nombre de 12 (7 femmes et 5 hommes). Leur rôle est d'aider les personnes qui présentent une dépendance physique ou psychique. Ils sont, toutefois, aidés par les femmes de chambre dont surtout le changement des habits et pendant les bains pour les résidents.

Les femmes de ménage sont de nombre de quatre et travaillant deux par deux ; un jour sur deux.

Le foyer ébauche aussi un médiateur social, un auxiliaire et un surveillant général. Quatre cuisiniers travaillant deux par deux, le matin et le soir. Deux enseignants pris en charge par le bureau national pour l'alphabétisation et l'éducation des adultes.

III.5. Les moyens du foyer

Le foyer renferme un grand espace vert muni de chaises, d'une superficie de 120 m². Un grand hammam dont les bains sont programmés deux fois par semaine.

Une classe munie d'un tableau et une grande table et des chaises, pour donner les cours d'apprentissage de langue et de coran (4 /4 m²). Les cours sont programmés tous les jours sauf le vendredi.

Le foyer contient un grand salon de détente où les résidents peuvent regarder la télévision.

La salle de massage est absents, mais les résidents bénéficieront de leurs séances au centre de rééducation de la wilaya et sont transportés par l'ambulance du foyer.

Les repas sont répartis comme suit : le café à 7 h: 00, le gouter à 10 h: 00, le déjeuné à 12 h: 00, le café de l'après-midi ou bien le thé à 16 h: 00 et le dîner à 20 h:30 min.

Le menu a été décrit par le médecin et est modifié deux fois par an (menu d'hiver et menu d'été).

En dernier, les hommes bénéficieront de la visite, à chaque mardi, d'un coiffeur au foyer.

CHAPITRE IV : Résultats et Discussion.

IV.1. Caractéristiques générales des personnes âgées enquêtées

Les caractéristiques générales (âge et sexe, statut matrimonial, taille, poids et la période depuis laquelle le résident est accepté dans le foyer) sont, respectivement schématisées dans les **figures : 01, 02, 03, 04 et 05.**

L'âge moyen des personnes âgées résident dans le foyer est de 68.63 ± 9.59 ans. Cette moyenne reste inchangée si on considère le sexe, tel que 100% des femmes avaient un âge de plus de 55 ans contre 81.81% d'hommes ayant plus de 55 ans (**Figure 01**).

Un résident sur deux n'a jamais connu une vie en couple (**Figure 02**), ce pourcentage varie en fonction de l'âge et du sexe. Il semblerait aussi que la proportion des femmes résidentes à statut célibat était élevée comparée aux hommes (36.36% hommes et 57.89% femmes). A âge égal, en particulier, les hommes vivent bien plus souvent en couple que les femmes. Ce fait n'est pas propre à notre échantillon, toutes les études le montrent : les hommes se remettent en couple bien plus souvent que les femmes lorsque leur union se trouve rompue, y compris à un âge relativement avancé. De plus, l'existence ou l'absence d'incapacités expliquerait, au moins en partie, l'état matrimonial des individus ; le cas des personnes handicapées, restées célibataires en raison de ce handicap, en serait l'illustration la plus parlante (**Colin, 1996**).

De même, selon nos données collectées, 77.02% de ces résidents avaient le statut du séparé ou du divorcé (45.45% hommes et 31.57% femmes) (**Figure 02**).

La taille moyenne des personnes résidents dans le foyer est de 156.06 ± 12.83 cm (167.09 ± 12.11 cm pour les hommes et 149.68 ± 8.15 cm pour les femmes) dont 26.31% des femmes avaient une taille allant de 135 à 145 cm, 42.10% entre 146 à 155 cm et 31.57% entre 156 à 165 cm (**Figure 03**). Les hommes interrogés avaient des tailles plus élevées et dont la grande proportion était inscrite dans la marge (63.63%) de plus de 165 cm. Notant aussi que 18.18% des hommes avaient une taille entre 146 et 155 cm et 156 et 165 cm (**Figure 03**). La stratification structurale moins accentuée chez les femmes pourrait être expliquée par la présence d'une seule catégorie de femmes « ménagères ».

D'une manière générale, si on ne considère pas le sexe, la taille des résidents est plus petite, et c'est évidemment très clair puisqu'il s'agit de personnes âgées, retraitées et/ou handicapées.

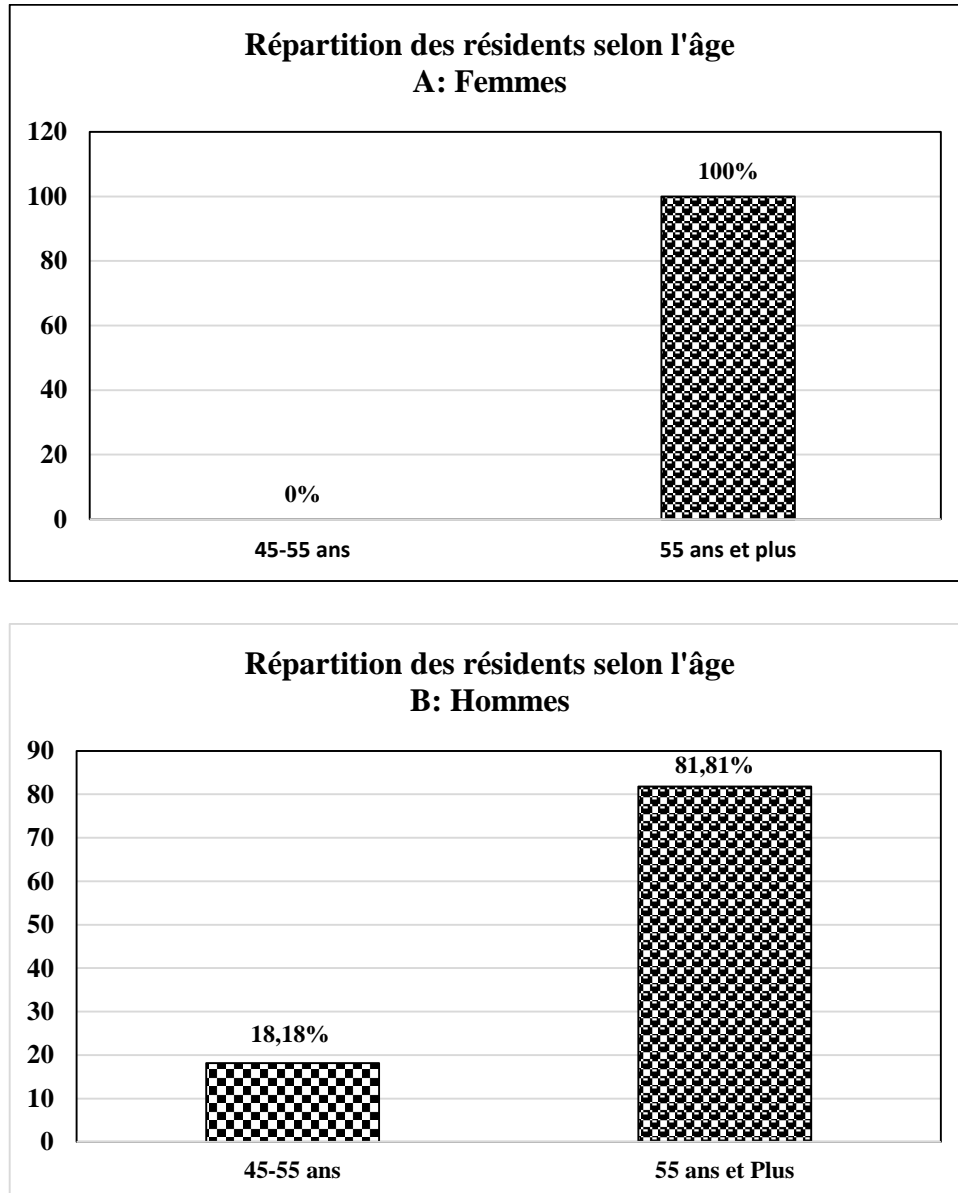


Figure 01 : Répartition des résidents (A : les femmes ; B : les hommes) interrogés selon le critère « âge ».

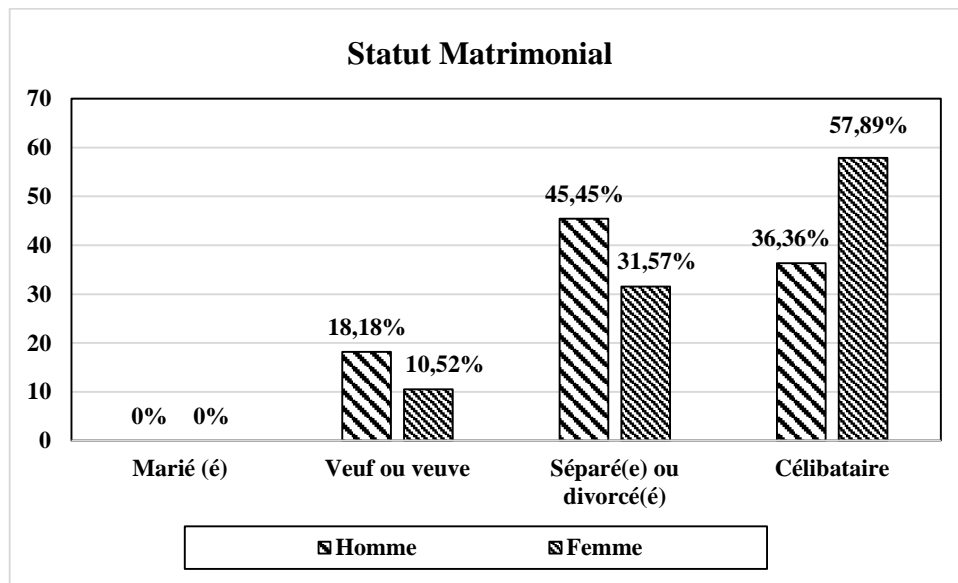


Figure 02 : Le statut matrimonial des résidents interrogés.

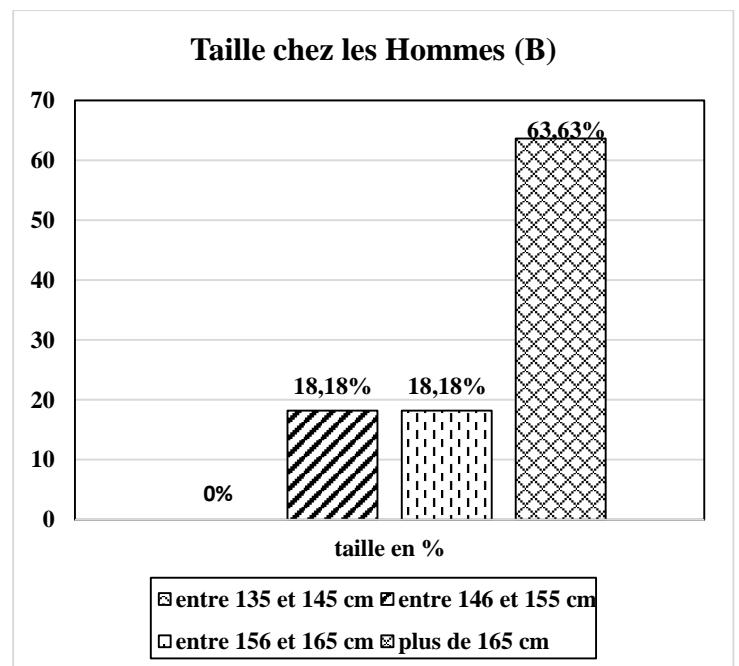
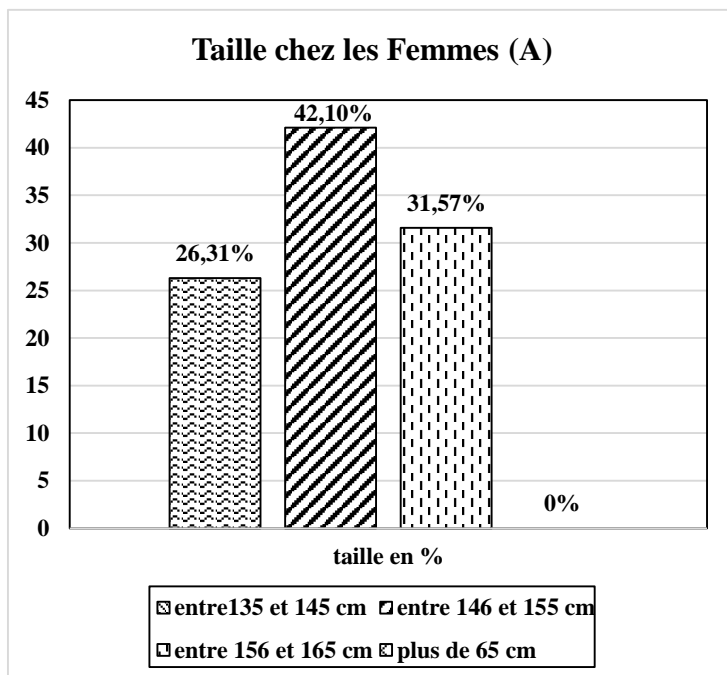


Figure 03 : La répartition des résidents (A : les femmes ; B : les hommes) interrogés selon le critère « Taille ».

Concernant le poids des personnes âgées au niveau du foyer (**Figure 04**), la moyenne enregistrée était de l'ordre de 65.36 ± 20.01 kg, sexe confondu. Toutefois, des poids très faibles (35-45 kg) ont été aussi enregistrés ; dont 30.14% de ces personnes interrogées s'inscrivent dans cette marge (9.09% hommes et 21.05% femmes).

La perte de poids chez les seniors peut être le résultat combiné de plusieurs processus qui se déroulent en parallèle. Une déshydratation; une perte de la masse maigre (perte de protéines musculaire) en raison d'un apport calorique et protéinique insuffisant et d'une diminution de l'activité physique. Et, enfin, une perte de masse grasse dans des états de dénutrition chronique.

Selon nos résultats, une proportion globale de 48.32% avaient un poids entre 46-55 kg (27.27% hommes et 21.05% femmes). Contre seulement, 33.96% avec un poids entre 56-65 kg (18.18% hommes et 15.78% femmes) et 87.55% pesaient plus de 65 kg (45.45% hommes et 42.10% femmes). De nombreuses études scientifiques ont montré qu'un léger surpoids protège les personnes âgées : leurs réserves les rendent plus résistants en cas de maladie par exemple. Mais il vaut mieux surveiller une prise de poids trop importante (**Hébuterne et al., 2009**).

La masse musculaire diminue physiologiquement avec l'âge, souvent au profit de la masse de graisse, malheureusement. Et cela peut être trompeur même pour un médecin qui serait rassuré par la stabilité pondérale. Qui pourrait en revanche cacher une diminution des muscles et, en parallèle, une augmentation de la masse grasse. Le poids reste le même, mais le niveau de mobilité, l'autonomie et même la capacité de la personne âgée à résister au stress d'une maladie risquent de se dégrader. Car le muscle est le compartiment corporel d'où l'organisme va essayer de puiser son énergie et ses protéines chaque fois qu'il subit une agression (infection, cancer, fracture, besoin de cicatrisation). Le capital musculaire est donc en lien étroit avec la capacité de l'organisme à faire face à des telles situations menaçantes.

Ces modifications musculaires ne concernent pas seulement la quantité de muscle, mais aussi la qualité. Le muscle perd progressivement ses fibres rapides et «explosives» et il devient plus lent dans ses réactions. De même le «couplage» entre le muscle qui agit et les nerfs qui ordonnent devient moins fonctionnel ce qui se répercute aussi sur la fonction musculaire (**Joulain, 2011**).

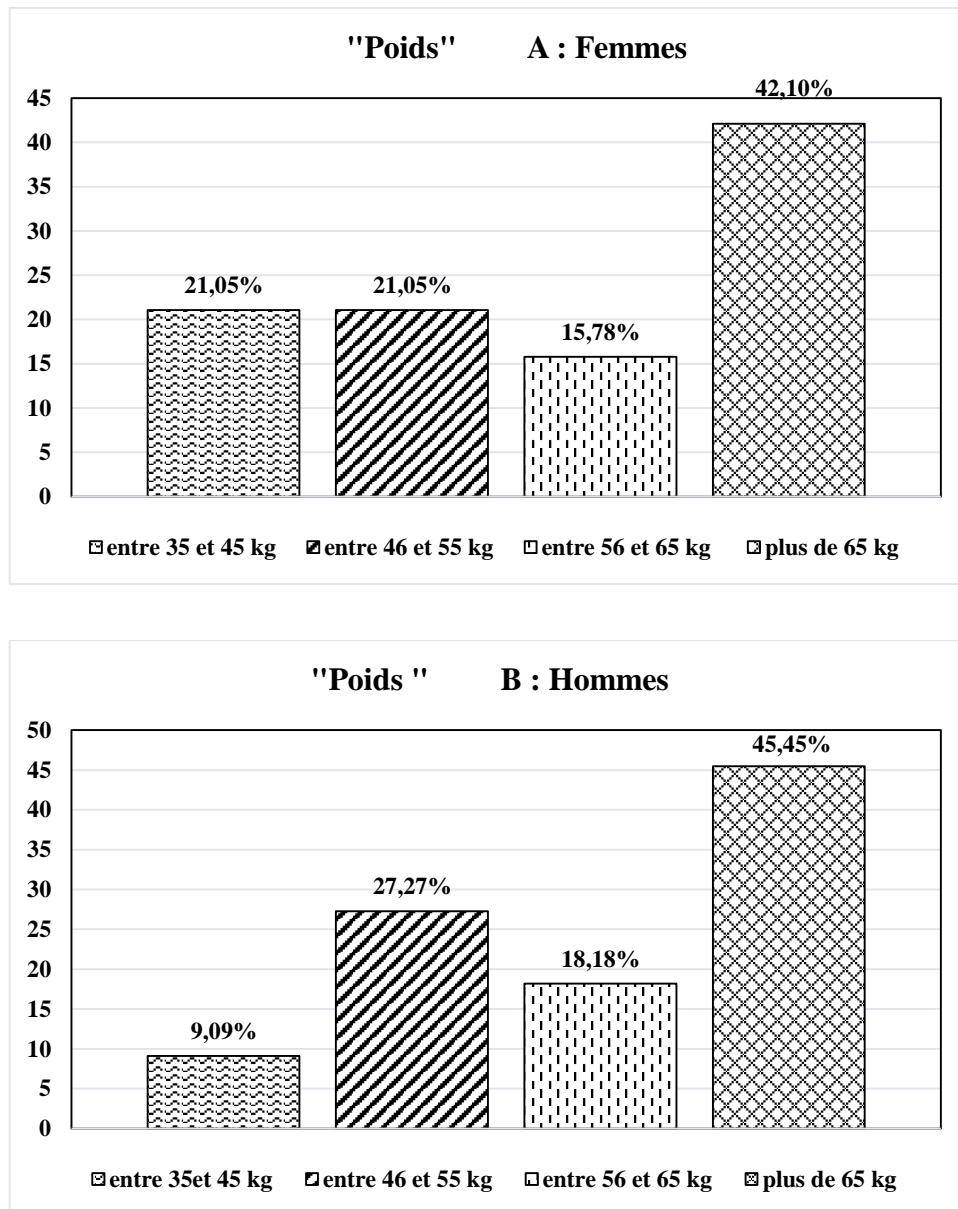


Figure 04 : La répartition des résidents (A : les femmes ; B : les hommes) interrogés selon le critère « Poids ».

La majorité (60%) des personnes interrogées dans notre enquête étaient des résidents du foyer depuis une période de 10 ans au maximum. Les résidents anciens de la maison de retraite s'inscrivent dans la proportion restante (40 %) (**Figure 05**).

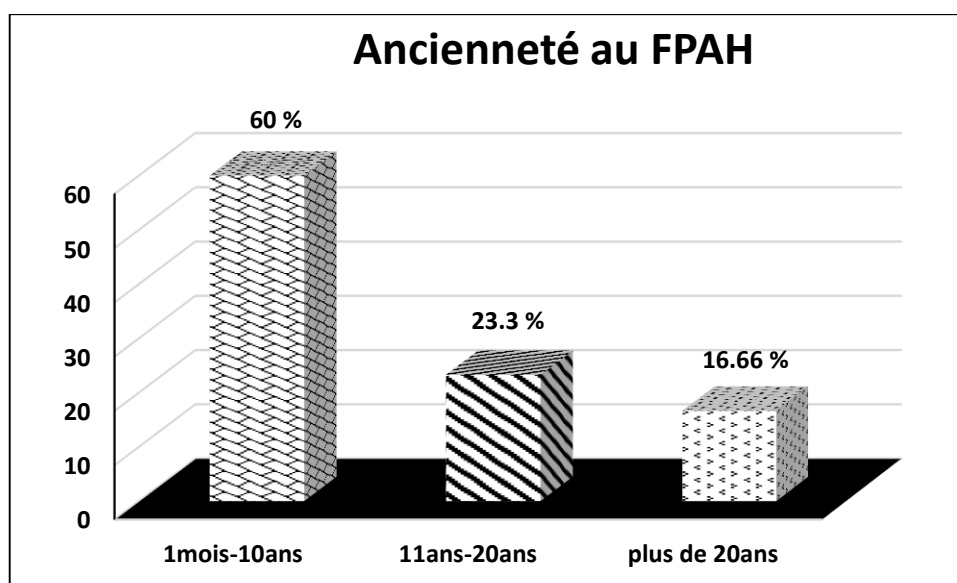


Figure 05 : La répartition des résidents interrogés selon le critère « ancienneté en institution ».

IV.2. Emploi et retraite

La situation professionnelle des résidents interrogés est représentée dans la **figure 06 (A et B)**. Soulignons que notre échantillon inclut un nombre important de variables, il ne prétend évidemment pas prendre en compte toute l'hétérogénéité de la population étudiée. En particulier, le niveau de ressources n'apparaît pas ici.

La profession des résidents apparaît en tout cas fortement discriminante. L'analyse des résultats a permis de distinguer les anciens employés ou retraités (36.36 % pour les hommes et 15.78 % pour les femmes) et les hommes ou femmes de foyer (9.09 % pour les hommes et 21.05 % pour les femmes).

Prenant en considération le sexe, les résultats ont montré l'apparition d'autres catégories propre à ce critère. Ainsi, une proportion importante (63.15 %) de femmes en situation de chômage était observée. Cette catégorie absente chez les hommes interrogés est remplacée par deux autres catégories propres au sexe masculin (45.45% ayant une activité non régulière et 9.09 % en congé de longue maladie ou invalidité).

D'une manière générale, 16.66 % de nos interrogés se considéraient « homme ou femme » au foyer. En effet, les femmes au foyer ne sont, *a priori*, pas concernées par le marché du travail. Elles sont d'ailleurs classées dans les statistiques dans la catégorie des « inactives ». Pour ce qui est des hommes, nous clarifions cette observation en introduisant la vraie définition d'une personne « au foyer », c'est-à-dire des personnes qui ne sont répertoriées comme en emploi ni en recherche d'emploi, même si parfois elles perçoivent des allocations de chômage (**Gavray, 2008**).

Les hommes au foyer comptabilisés étaient en réalité des anciens ouvriers qui ont choisi de se retirer du marché du travail. Il s'avère que les hommes les plus nombreux à se retirer du marché du travail sont les employés peu diplômés et les ouvriers, ce qui est logique dans une optique d'arbitrage des ressources puisqu'ils perçoivent des salaires moins élevés que leurs réciproques diplômés (**Algava et Bresse, 2005**).

Nous supposons que ce découpage rend compte de façon satisfaisante de la sévérité plus ou moins grande de la dépendance physique, car la cessation de l'activité professionnelle c'est aussi pour beaucoup la perte de son rôle social. Sa survenue est abordée avec une sérénité variable selon l'investissement du sujet dans son image sociale et selon l'épanouissement que lui procurait son métier. La modification des rythmes de vie et la diminution des apports relationnels peuvent entraîner entre autres l'ennui, le sentiment d'inutilité, le laisser-aller ou le besoin intense de contacts extérieurs (**Désesquelles et Brouard, 2003**).

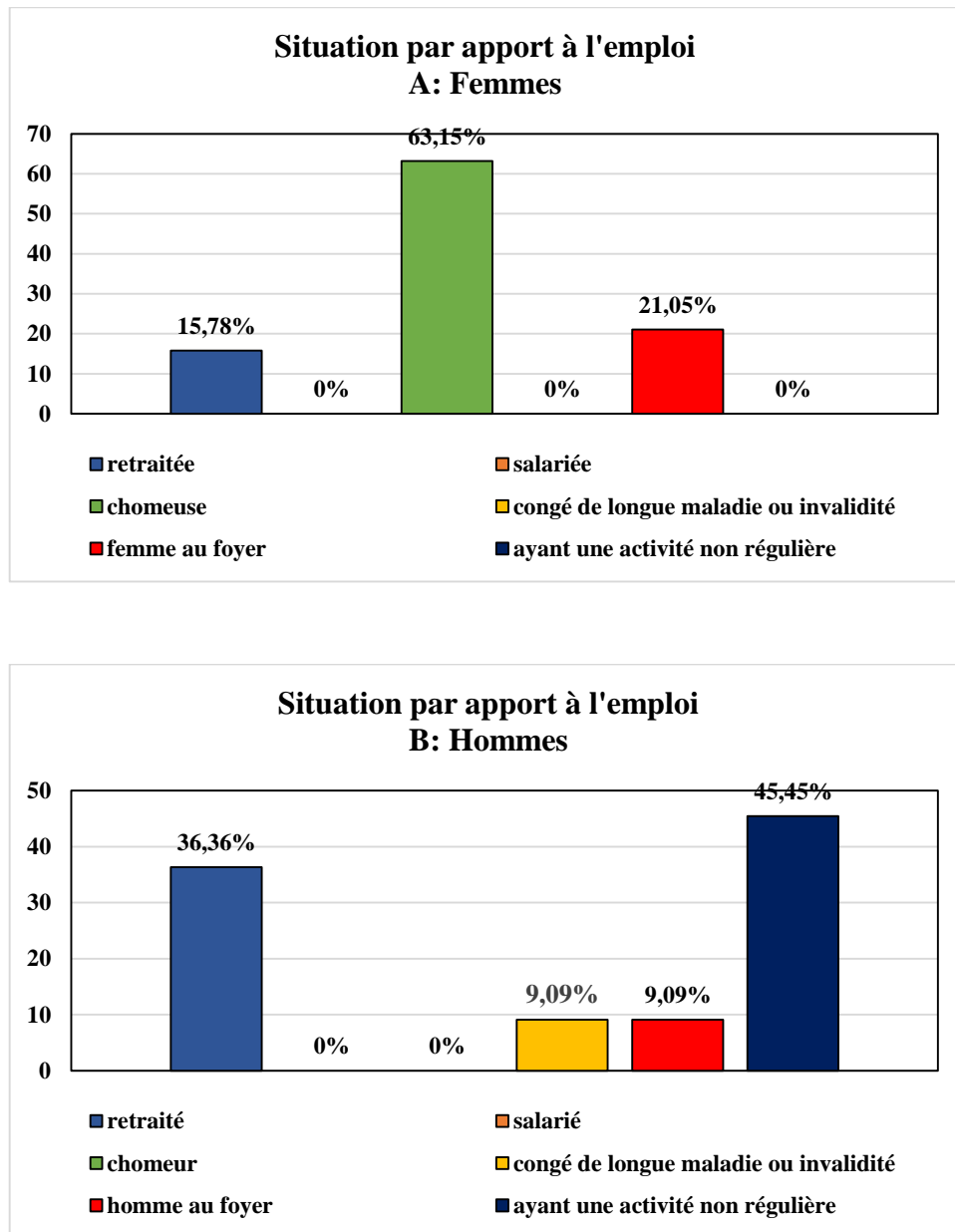


Figure 06 : La situation des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) par rapport à l'exercice d'une profession.

IV.3. Activités et vie culturelles

En dehors de particularités personnelles de comportement, l'isolement relationnel dépend pour une grande part de caractéristiques socio-démographiques individuelles qui sont l'âge, le niveau de diplôme, le type de famille, l'appartenance à une famille nombreuse, l'origine nationale, la catégorie socio-professionnelle, le fait d'habiter en cité. L'étude montre que l'isolement s'accroît avec l'âge, après 70 ans et qu'il progresse fortement et continûment avec l'âge. Dans cette logique, plusieurs des questions de l'enquête visaient à préciser certaines de ces caractéristiques chez les personnes interrogées notamment : le suivi des études, la pratique des activités physiques ou sportives, des activités individuelles ou collectives. Les résultats sont respectivement représentés, dans les **figures 07, 08 et 09**.

60% c'est la proportion de la majorité des personnes interrogées et qui se déclarent n'avoir une scolarité (78.94 % femmes et 27.27 % hommes). Les niveaux supérieurs au baccalauréat étaient totalement absents que ce soit chez les femmes ou les hommes interrogés (**figure 07**). Toutefois, un faible pourcentage d'hommes parmi les résidents interrogés ont déclarés avoir le baccalauréat (9.09 %) ou un diplôme professionnel (9.09 %) de type CFPA.

Nos résultats (**figure 07**) révèlent aussi que 23.33 % d'entre-eux avaient un niveau primaire ou bien ont suivi des cours d'alphabétisation et de formation sur le coran à la mosquée (15.78 % femmes, 36.36 % hommes). Le 10 % restant des résidents interrogés avaient le niveau d'études secondaires (collège ou CEM dont 5.26 % femmes et 18.18 % hommes)

Si presque tous les foyers déclarent proposer des animations et activités aux personnes âgées qu'ils hébergent, ces dernières n'y participent pas toutes, soit parce qu'elles ne le peuvent pas, soit parce qu'elles ne le souhaitent pas. Ainsi, 36.66 % des résidents ont déclaré ne pas participer aux activités physiques ou sportives au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête (18.18 % pour les hommes et 47.36 % pour les femmes) (**figure 08**). Ils sont 10 % à avoir indiqué y participer occasionnellement (au moins une fois par mois), dont 10.52 % femmes et 9.09 % hommes. Les personnes âgées nouvellement entrées dans l'établissement (moins de 6 mois de présence) participent d'une manière timide aux activités.

31.57 % des femmes et 45.45 % des hommes enquêtés, cependant, déclarent pratiquer une activité physique au moins une fois par semaine. Pour les plus actifs (plusieurs fois par semaine), les hommes dépassent les femmes en pratiquant plus d'activités sportives (**figure 08**).

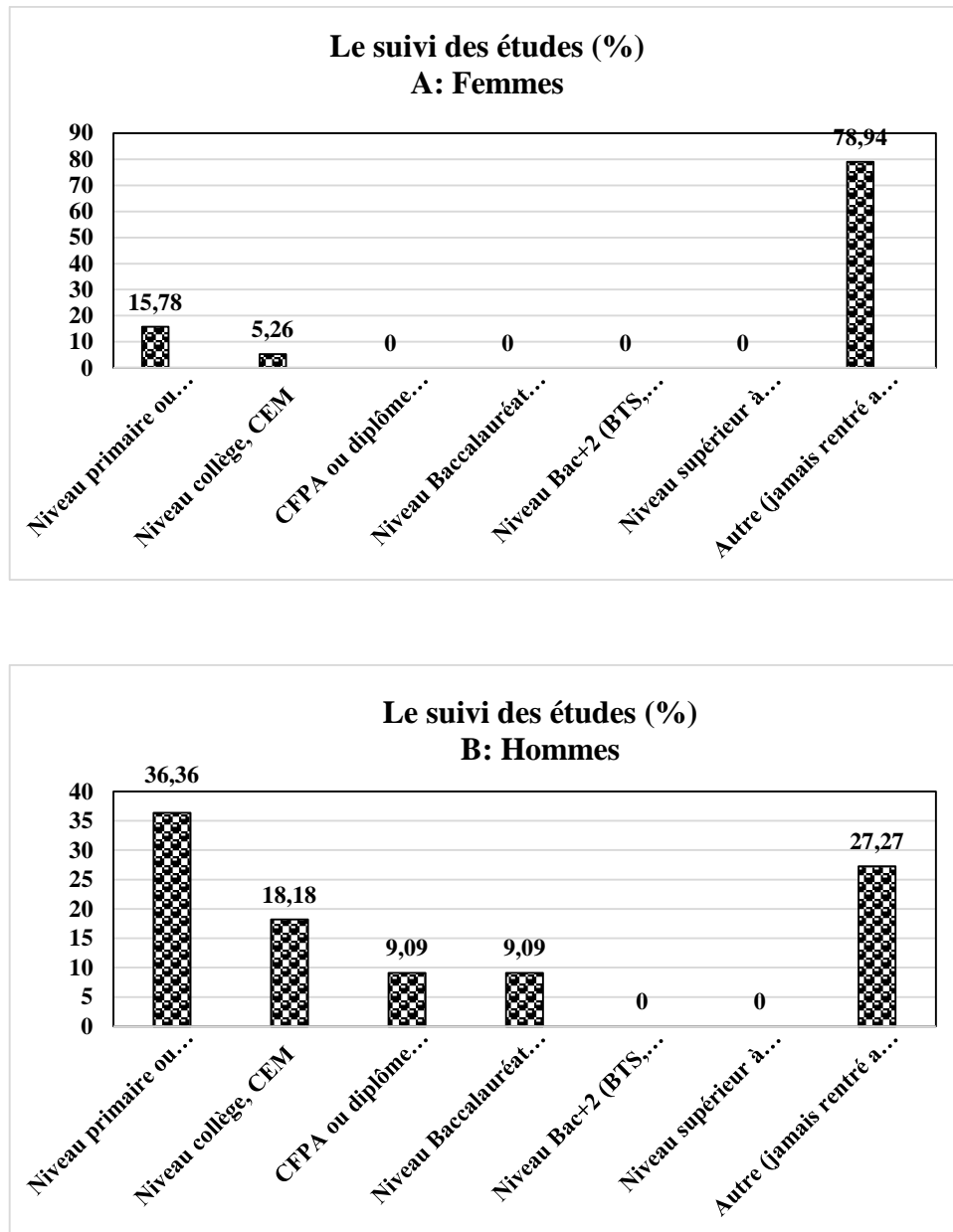


Figure 07 : La répartition des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) selon le suivi ou non des études.

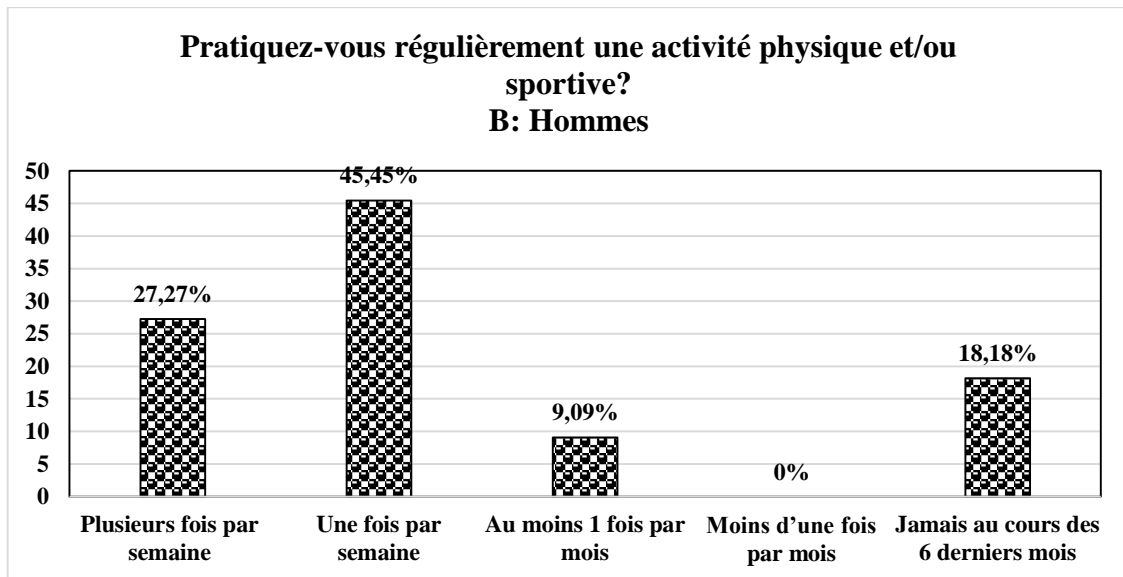
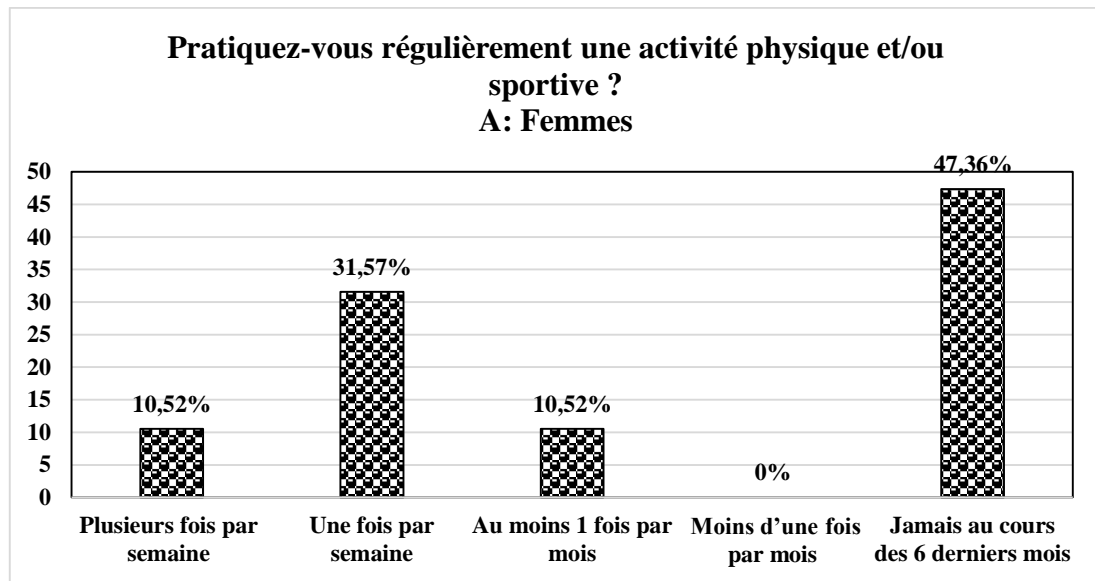


Figure 08 : La répartition des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) selon la pratique d'activités physiques et/ou sportives.

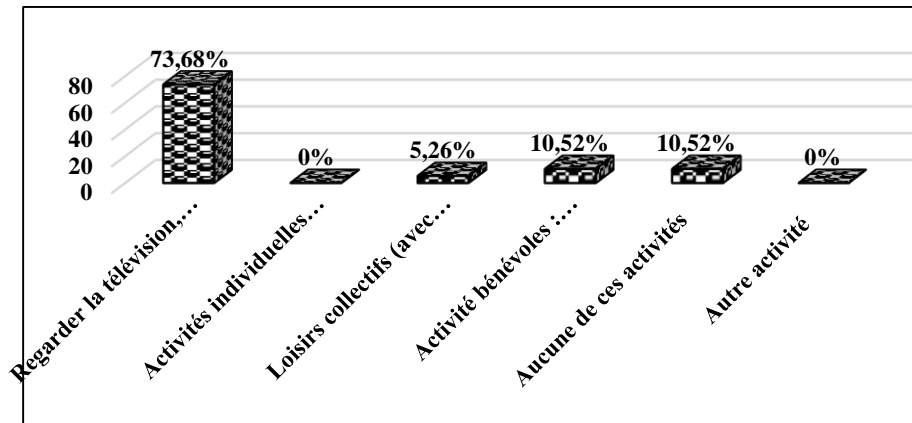
En analysant de près la nature de ces activités (**figure 09**), il s'avère aussi que les femmes ont significativement plus de chances de participer aux animations collectives (cuisine, jardinage) que les hommes, tandis que ces derniers sont plus enclins à lire le journal ou de faire la sieste ou se reposer. Ceci n'exclut pas quelques hommes (9.09 %) à aimer faire des activités bénévoles comme la peinture, le jardinage....

Les exigences en matière de lutte contre l'isolement relationnel vont parfois à l'encontre des objectifs des projets de vie dans les foyers pour personnes âgées. Le fait de permettre à ces âgés de participer aux activités de la restauration, semble avoir de bonnes conséquences pour stimuler leur intérêt et favoriser le maintien de leurs capacités.

Faire la sieste ou se reposer est, par contre plus fréquent, chez les personnes de 80 ans ou plus et celles n'étant pas en bonne santé. Ces fortes disparités peuvent peut-être s'expliquer par le fait que ces personnes sont plus nombreuses à avoir besoin d'aide pour se déplacer ou à être confinées au lit ou au fauteuil et qu'il leur est donc difficile, voire impossible, de pratiquer beaucoup d'activités.

Presque la moitié des femmes résidentes aiment regarder la télévision, contre seulement 36.36 % d'hommes (**figure 09**). Elles sont également plus souvent en mesure de parler tous les jours et d'avoir des contacts personnels.

Quelles activités avez-vous eu ce mois-ci?
A: Femmes



Quelles activités avez-vous eu ce mois-ci?
B: Hommes

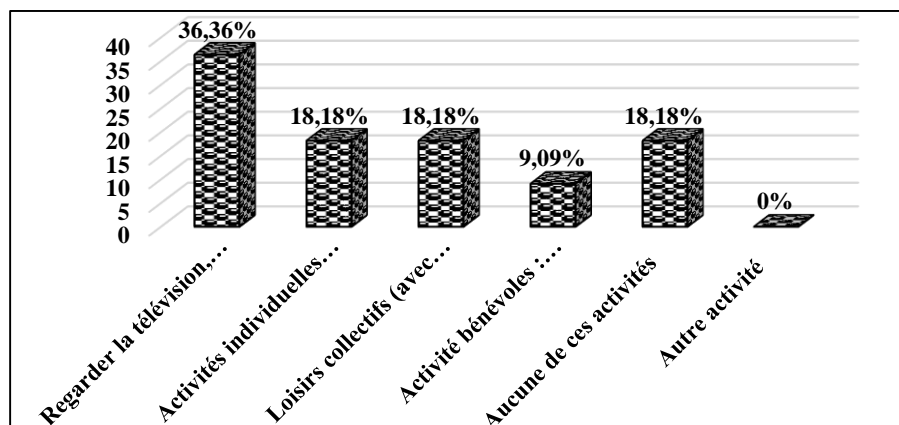


Figure 09: La répartition des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) selon la nature des activités pratiquées.

IV.4. Alimentation

Les personnes âgées, petit à petit, se mettent à manger de moins en moins. Elles nous disent parfois que c'est à cause de leur âge, qu'elles n'ont plus le même appétit. Mais n'y a-t-il pas aussi une autre raison derrière la diminution de l'alimentation des personnes âgées, et dans certains cas, derrière cet amaigrissement ?

Les résultats de cette partie permettent de mettre la lumière sur l'alimentation des résidents du foyer. Dans cette rubrique, nous avons cherché à savoir si la personne âgée se voit amaigrir ou non, si elle prend ses trois repas distribués ou non, et si les repas distribués sont toujours riches en protéines végétales et animales. Les résultats sont, respectivement, représentés dans les **figures 10, 11 et 12**.

35 % des séniors enquêtés affirment avoir maigri de 4 kg ou plus les six derniers mois (26.31 % des femmes, 9.09 % des hommes) (**figure 10**). Lorsqu'une personne âgée perd du poids, il peut y avoir de multiples raisons. Dans tous les cas, la perte de poids est un motif de consultation médicale, il peut y avoir un problème de santé ayant provoqué cet amaigrissement, mais aussi des problèmes causés par cet amaigrissement (comme l'impossibilité de bien vieillir chez soi en cas de dénutrition).

Concernant les habitudes alimentaires, 90% des interrogés déclarent faire trois repas (**figure 11**) par jour (89.47 % des femmes et 90.90 % des hommes) et la totalité mange, tous les jours, des fruits et des légumes verts (100%). 63.63 % des hommes ne consomment pas de laitages et 89.47% des femmes disent qu'ils leur y sont essentiels (**figure 12**). La minorité observée de 10% des résidents interrogés et qui ne fait pas les trois repas par jour est représentée par des sujets malades. Dans le cas de certaines pathologies (notamment certaines démences, comme la maladie d'Alzheimer), les personnes perdent leurs repères dans le temps. Elles ne savent plus s'il est l'heure de se coucher, ou l'heure du déjeuner et elles peuvent de ce fait ne jamais penser qu'il est l'heure de manger, et donc ne jamais manger ! (**Norton et al., 2014**).

Par ailleurs, ces pathologies entraînent des troubles de la mémoire. Dans certains cas, la personne pourra ne plus savoir si elle a pris ou non son repas, et donc soit manger plusieurs fois, soit ne pas manger du tout.

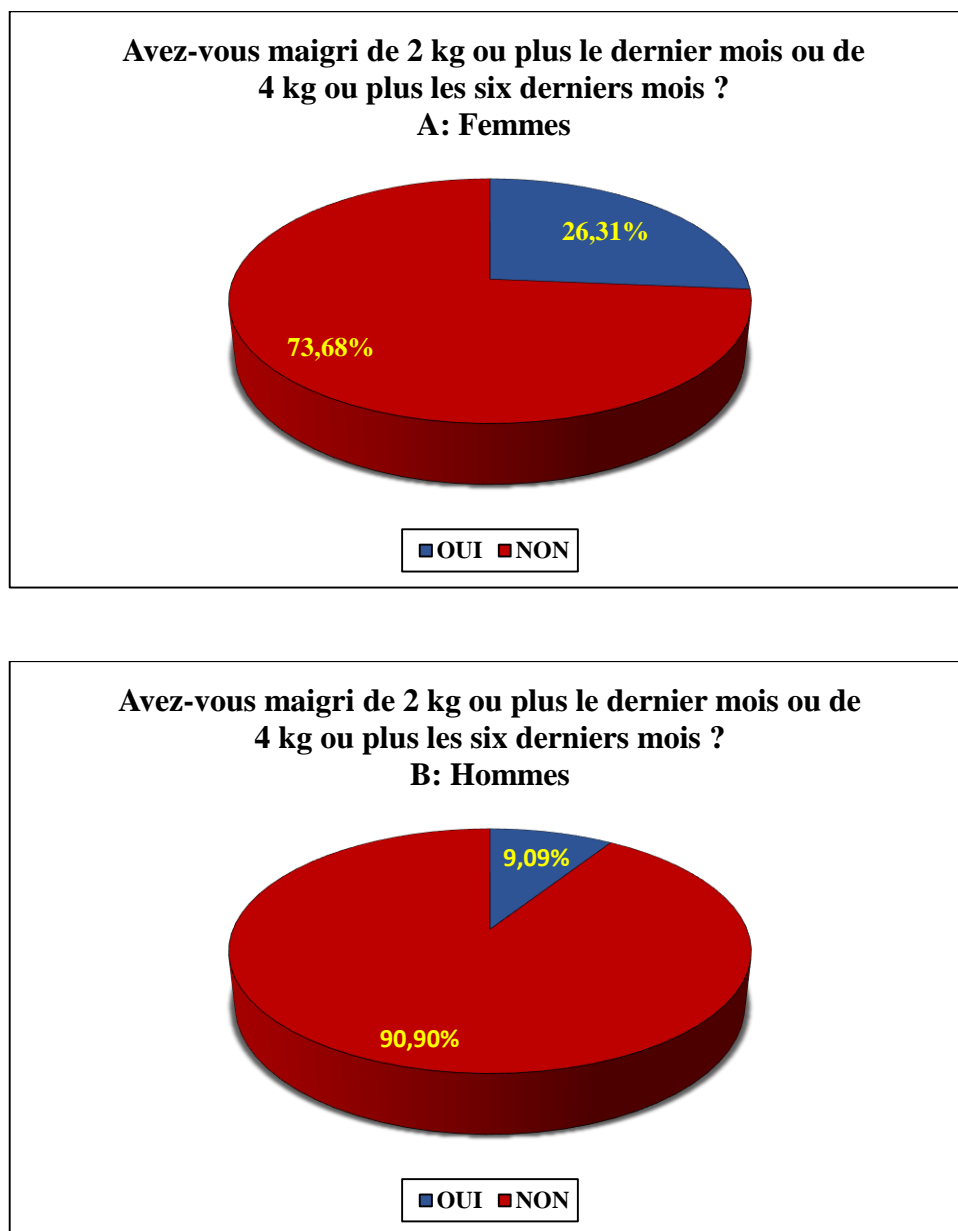


Figure 10 : L'amaigrissement déclaré par les résidents interrogés (A : femmes ; B : hommes).

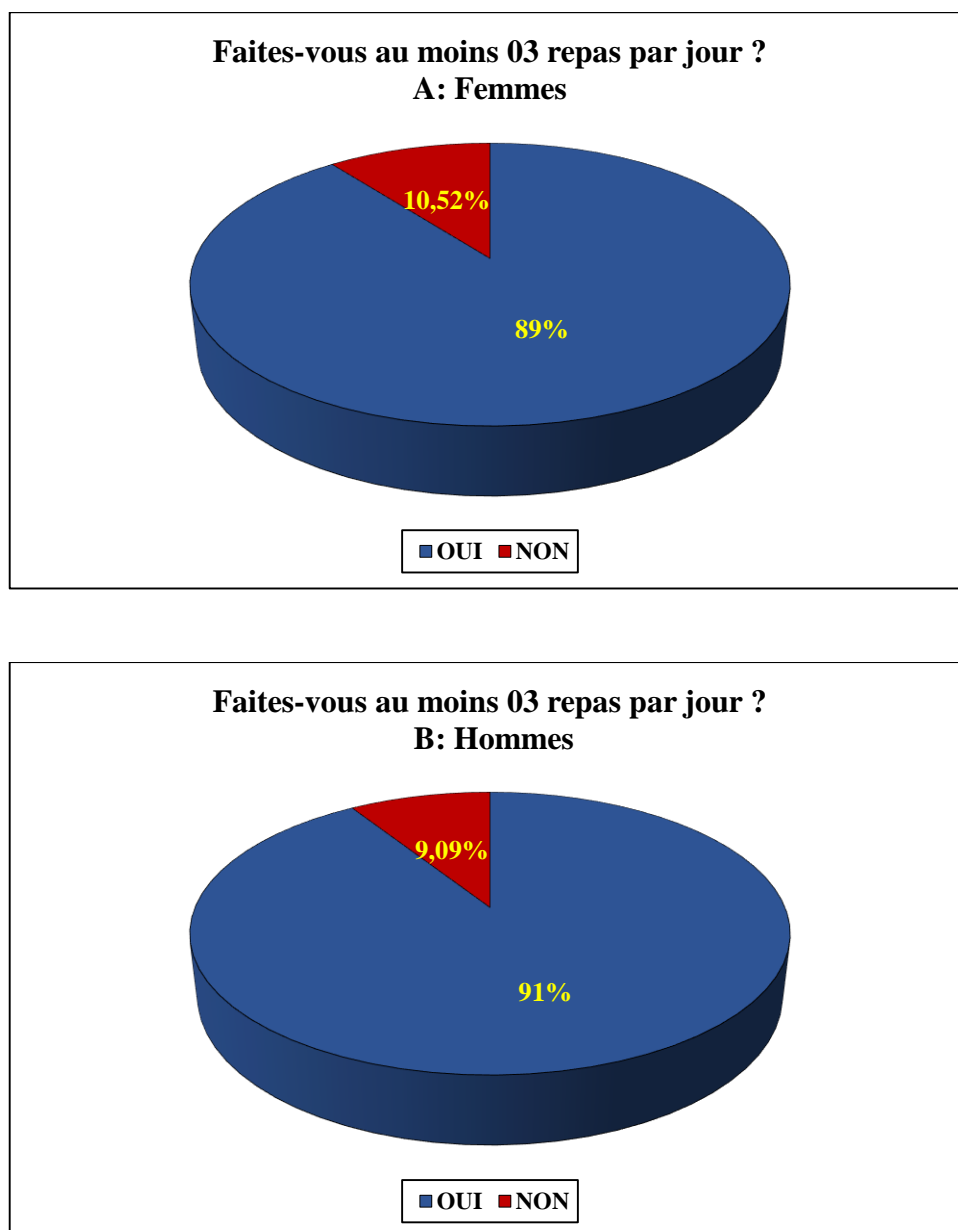


Figure 11 : La prise des trois repas par jour par les résidents interrogés (A : femmes ; B : hommes).

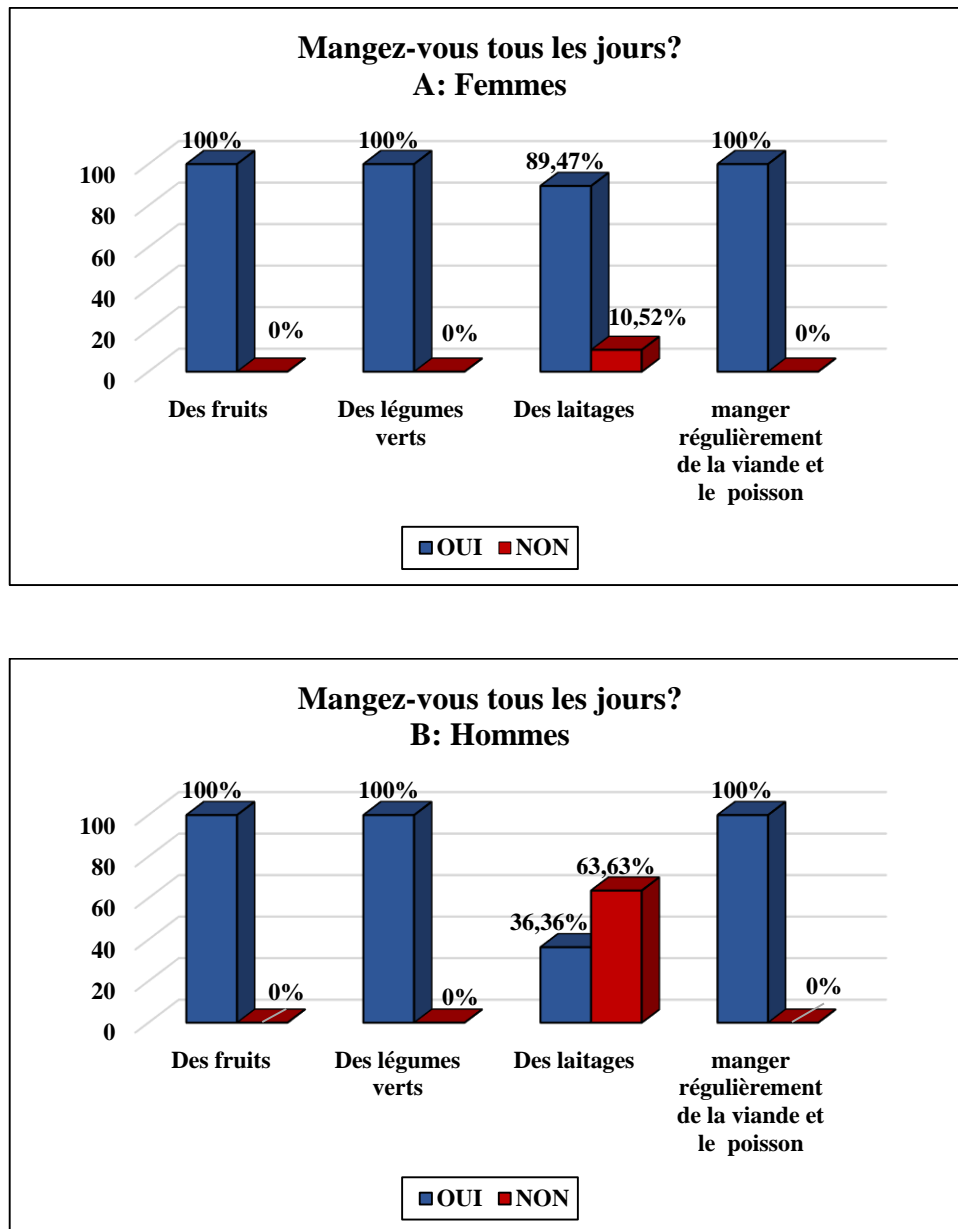


Figure 12 : La prise journalière des fruits et légumes, des laitages ou de la viande, déclarée par les résidents interrogés (A : femmes ; B : hommes).

Selon nos résultats, 18.18% des hommes âgés et la totalité des femmes déclarent ne pas manger seule ou sans compagnie. Les ressources du foyer permettent à ces séniors de manger régulièrement de la viande, du poisson et des fruits et des légumes selon les disponibilités et suivant un plan diversifié et dicté par le médecin.

Concernant la qualité des aliments, les personnes âgées ont plus que jamais besoin d'une alimentation riche en protéines. Pourtant, ceci n'est pas toujours évident, les protéines se trouvant dans des aliments que les seniors, souvent sujets à des problèmes de mastication ou de dentition, ont du mal à manger, comme par exemple les viandes. On peut alors proposer des alternatives protéiniques, surtout animales, comme les œufs et les produits lactés, qui sont également riches en calcium. La cuisson adaptée et le hachage pourraient rendre les viandes plus tendres, et donc plus appétissantes (OMS, 2017).

Une carence en vitamine D est, par conséquent, souvent observée chez les personnes âgées. Les experts conseillent aux personnes de plus de 60 ans de consommer un complément de vitamine D durant les mois d'hiver (novembre à mars). La prise d'un complément est également conseillée toute l'année aux personnes, jeunes ou moins jeunes, qui utilisent systématiquement de la crème solaire ou qui s'exposent très peu aux rayons du soleil (habits couvrants, peu de sorties).

Les sources alimentaires de vitamine D sont limitées. La vitamine D n'est présente en quantité significative que dans les poissons gras, comme le saumon ou la sardine, mais aussi dans les champignons et les œufs. Les produits laitiers en fournissent aussi, mais en très faibles quantités (OMS, 2017).

Les problèmes de chute et de fractures chez la personne âgée sont étroitement reliés à l'apport insuffisant de calcium, l'organisme puise alors, dans le réservoir constitué par les os.

Les meilleurs fournisseurs de calcium sont de loin le lait et les produits laitiers. Outre le calcium, ceux-ci apportent des protéines qui sont également importantes pour la santé des os et des muscles. La consommation quotidienne de 3 à 4 portions d'aliments riches en calcium (1 portion = 2 dl de lait ou 150–200 g de yaourt, ou encore 30–60 g de fromage) suffit à couvrir les besoins quotidiens. Quelques légumes (brocoli, épinard), les fines herbes, les légumineuses et les produits à base de céréales complètes contiennent également du calcium (OMS, 2017).

Dans le présent travail, certains hommes interrogés n'aiment pas manger en compagnie. Favoriser les plaisirs de la table (alimentation de bonne qualité gustative, goût tenant compte du passé culinaire, texture adaptée, présentation) devrait constituer une préoccupation

permanente de tous ceux qui sont concernés par l'alimentation de ces personnes âgées. Il importe également d'encourager la socialisation à travers le partage (convivialité, locaux, de fêtes, des jours fériés, d'anniversaire, produits du terroir, etc.), et la transmission des traditions alimentaires algériennes.

IV.5. Boissons

D'après le menu alimentaire proposé par le foyer, plus de 33.33% des résidents interrogés prennent les boissons gazeuses ou non gazeuses (**Figure 13**) à raison d'une seule à trois fois par semaine (15.78 % pour les femmes et 63.63 % pour les hommes) et 46.66 % disent qu'ils ont en consomment chaque jour (63.15% pour les femmes et 18.18 % pour les hommes).

Etonnement, 20% seulement déclarent ne jamais en consommer (21.05 % pour les femmes et 18.18 % pour les hommes) (**Figure 13**). Cependant, certains interrogés dans cette dernière catégorie sont des malades atteints de problème de côlon ou de diabète et leur privation de boissons sucrées était suivie selon les recommandations du médecin traitant.

Notons en derniers que certains résidents de sexe masculin boivent occasionnellement de l'alcool ; mais ce n'est jamais dans l'établissement mais quand ils sortent pour se promener ou chez de la famille.

L'Académie américaine de neurologie (American Academy of Neurology) a publié un communiqué (**Chen et al., 2013**) à propos d'une étude fort intéressante. 293 925 personnes, âgées de 50 à 71 ans, ont pris part à cette étude.

De 1995 à 1996, les chercheurs ont évalué la consommation de boissons telles les boissons gazeuses, le thé, les cocktails de fruits (jus qui ne sont pas 100% vrai jus) et le café. Environ 10 ans plus tard, ils ont vérifié quels participants avaient reçu un diagnostic de dépression depuis l'an 2000. En comparant la consommation des 11 311 participants ayant eu un diagnostic de dépression avec les autres, ils ont constaté que les personnes qui consomment plus de 4 cannettes de boissons gazeuses par jour ont 30 % plus de risque de développer une dépression que ceux qui n'en consomment pas. Ceux qui consomment plus de 4 cannettes de cocktails de fruits ont 38% plus de risque. Par contre, ceux qui consomment 4 cafés et plus par jour voient leur risque diminuer de 10% par rapport à ceux qui n'en consomment pas. Pour tous les types de boissons, le risque est accru lorsque le produit est «diète» (sucré sans sucre – à l'aspartame, au sucralose, etc.).

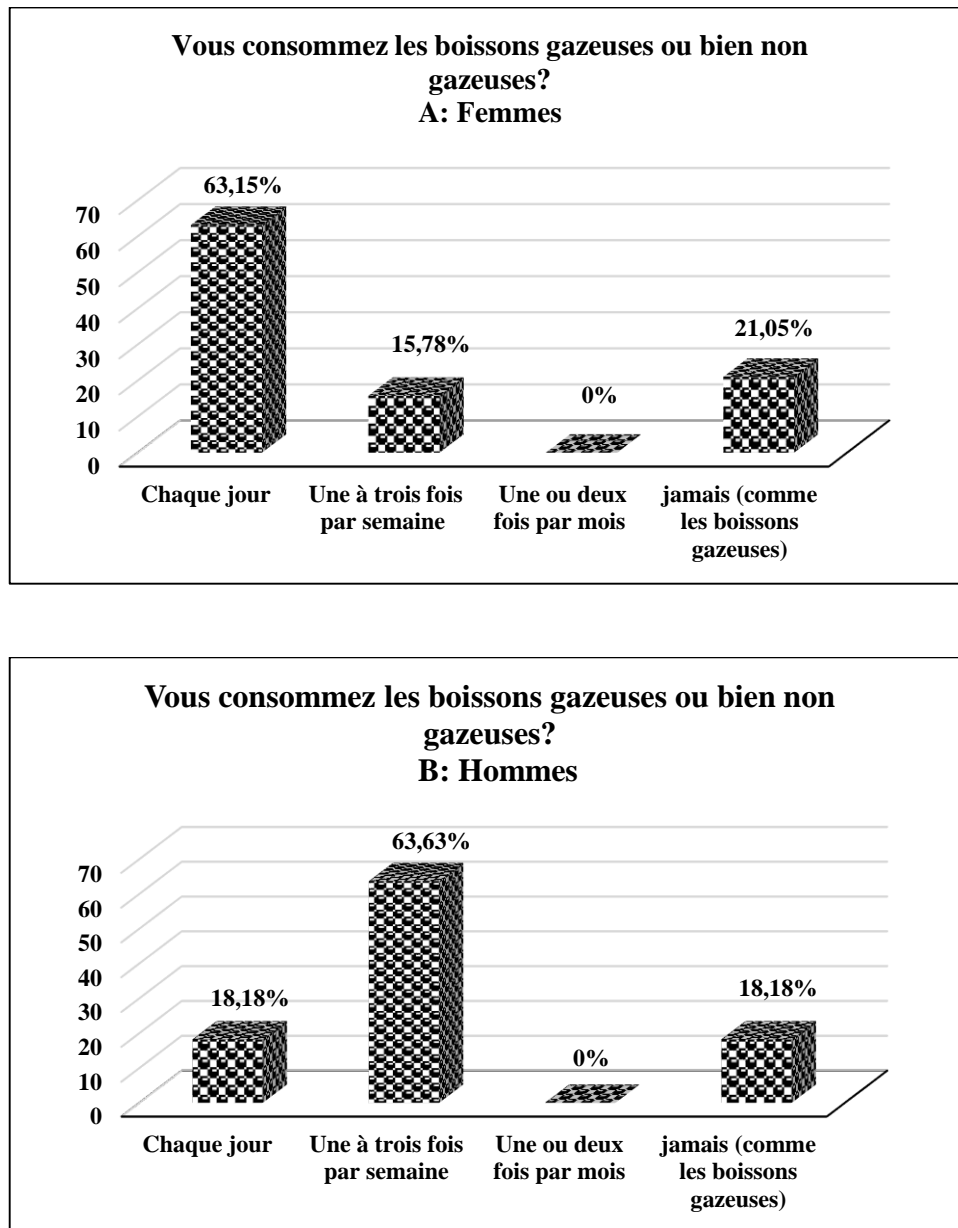


Figure 13 : La répartition des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) selon leur consommation de boissons gazeuses ou non gazeuses.

IV.6. Tabac

D'après nos résultats, on constate que 72.72% des séniors masculins sont des fumeurs depuis plus de 30 ans (54.54 % depuis 40 ans et 36.36% entre 30 et 40 ans). Un faible pourcentage de ces âgés ont déclaré avoir arrêté (18.18 %) de consommer la cigarette **(Figure 14)**.

Les personnes âgées aujourd'hui ont commencé à fumer à une époque où le tabagisme était très bien accepté, voire encouragé. Les femmes dans tout le monde ont peu fumé jusqu'à la fin des années 1960. On estime que plus du quart des seniors ont commencé à fumer dans les années 1960, avant l'âge de 25 ans. Conséquence : le tabagisme fait plus de ravage chez les plus de 60 ans que chez les jeunes fumeurs à cause de ces longues années de consommation.

Aux USA, par exemple, sur près de 416 000 morts dus au tabac chaque année, plus de 70% sont des personnes de plus de 65 ans, ceci malgré le fait que le taux de tabagisme soit moins important dans cette catégorie de population que chez les moins de 65 ans. Le tabagisme est une des principales causes de décès chez les seniors, des suites de cancers, en particulier de cancer du poumon, de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires.

On estime ainsi que 50% des fumeurs de longue durée vont mourir de maladies liées au tabagisme. Le tabagisme majore également les risques d'ostéoporose et de démence. Pourquoi les seniors continuent-ils à fumer, malgré les campagnes d'information ? Ils évoquent le plus souvent ces motifs : le tabac les relaxe, c'est un plaisir, ils y sont habitués, ils pensent que le sevrage à un âge avancé n'a pas de bénéfices **(Donzé et al., 2007)**.

Or, même à un âge avancé, le sevrage tabagique apporte de réels bénéfices. L'abandon du tabac diminue le taux de mortalité et de morbidité chez les fumeurs, y compris chez ceux qui ont fumé pendant plus de 30 ans. Les effets de l'arrêt sont plus immédiats sur les maladies cardiovasculaires. Les fumeurs qui arrêtent à 65 ans vont regagner deux ans d'espérance de vie en moyenne. L'autonomie et la qualité de vie vont s'améliorer au bout de quelques mois **(Roche, 2008)**.

La prévention des maladies chroniques et bucco-dentaires pourrait être renforcée en incluant la santé bucco-dentaire dans les actions générales de promotion de la santé chez les seniors **(OMS, 2017)**.

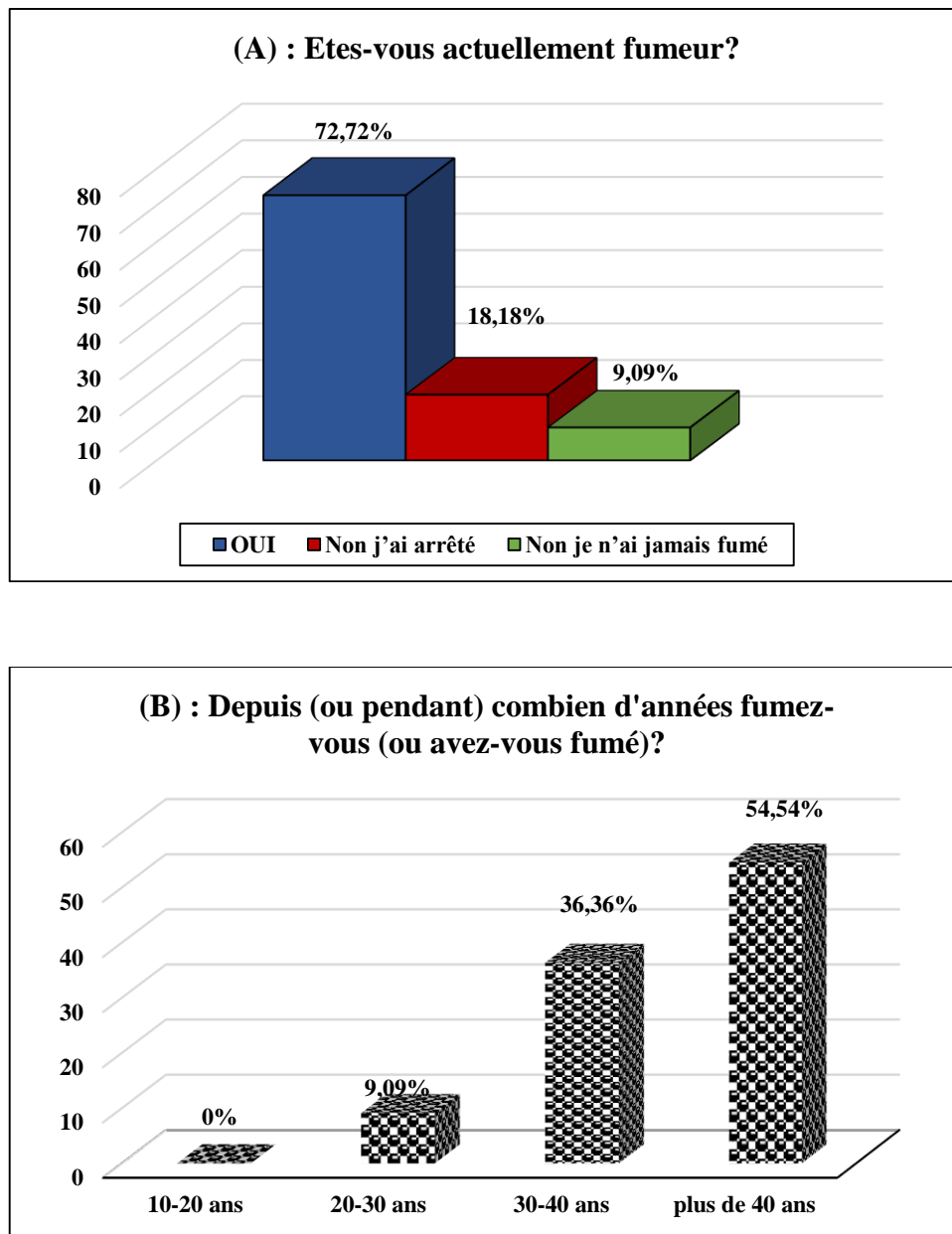


Figure 14 : La répartition des résidents hommes interrogés (A : fumeur/ non fumeur / sevrage ; B : années accumulées en fumant) suivant leur tabagisme.

IV.7. Relations familiales et sociales

Il y a deux ou trois décennies, c'était naturel de marier ses enfants dans l'habitation familiale ou à proximité, mais actuellement des changements sociaux et des transformations des attentes intergénérationnelles au sein de la famille sont à l'œuvre. Beaucoup de facteurs contribuent au placement du sénior dans le foyer pour personnes âgées. Les éléments de cette rubrique permettant de décrire et de comparer leur réseau familial de ces activités.

Les informations recueillies à l'occasion de cette enquête nous ont, toutefois, conduits à adopter une définition restrictive de la famille : ces informations sont en effet limitées au conjoint de la personne interrogée, à ses enfants et petits-enfants, à ses frères et sœurs ainsi qu'à ses parents et grands-parents. On ne sait rien des éventuels beaux-enfants, beaux-frères et belles-sœurs, ou même des arrière-petits-enfants de la personne interrogée.

Les résultats sont synthétisés dans les **figures 15** (habitat familial ou social avant de venir au foyer), **16** (soutien financier de leur famille), **17** (aide d'une personne de l'entourage), **18** (contact avec le réseau familial et amical) **et 19** (utilisation des moyens de communication).

L'origine du placement montre que la grande majorité sont, soit ramenés par la police ou par la direction de l'action sociale (DAS), soit transférés d'autres centres. Vivre avec le conjoint était la situation la plus fréquente (87.55 %) (**Figure 15**) de ces résidents avant d'être placés dans le foyer (42.1 % de femmes ; 45.45 % d'hommes).

Mais des situations plus défavorables sur le plan de l'étendue du réseau familial sont également surreprésentées dans cette institution : plus de la moitié des femmes (52.63 %) n'ont ni conjoint ni descendant (majoritairement des femmes célibataires). Les hommes n'en présentent que 18.18 %. De plus, 27.27 % des hommes et 5.26 % des femmes vivaient seuls (**Figure 15**).

Aucune femme, mais seulement 9.09 % des hommes avaient un ou des enfants ou des apparentés plus jeunes qu'eux avec qui ils partageaient le même logement (**Figure 15**).

En Algérie, les statistiques sur les séniors disent que 9.4 % des hommes sont pris en charge par les membres de la famille contre 66 % des femmes. Ce manque est compensé par le fait que la majorité des personnes âgées (98 %) vivent avec au moins un membre de leur famille (90 % dans les trois pays du Maghreb) dont 50 % des veufs/veuves vivent avec leurs petits-enfants et moins de 2 % vivent seuls. Les enfants sont relayés par les petits-enfants dans

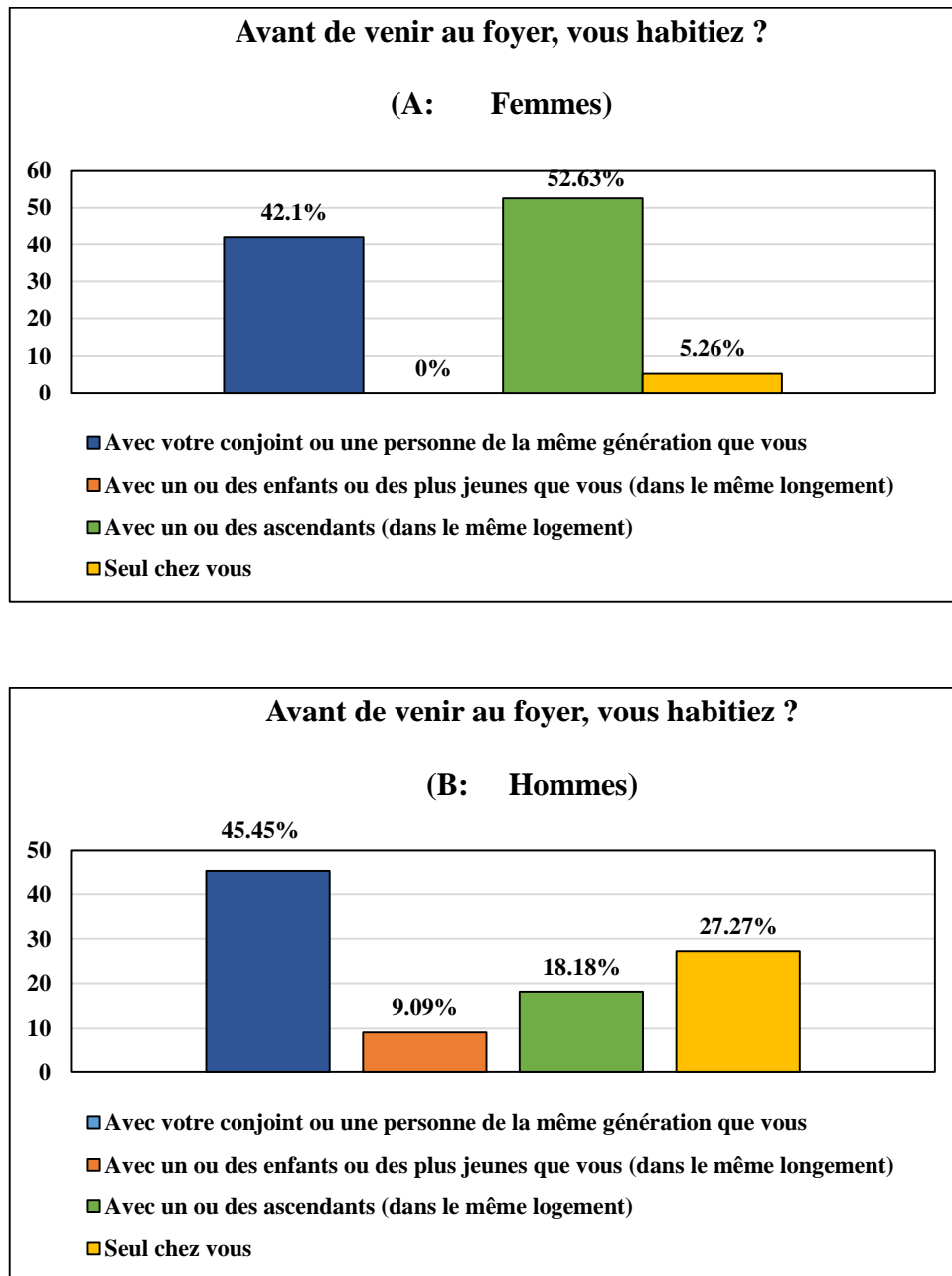


Figure 15 : L’habitat familial ou social des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) avant d’être placés dans l’établissement.

La prise en charge des séniors. Par ailleurs, 82 % habitent dans des logements qui leur appartiennent (**Moutassem Mimouni, 2013**).

Par ailleurs, l'Etat tente de moraliser les rapports familiaux avec des mesures coercitives et des lois pénalisant l'abandon ou le placement des parents dans les foyers, ces dernières qui se veulent dissuasives et préventives ne porteront leur fruit que si l'Etat n'abandonne pas des familles en grandes difficultés : grande pauvreté, logement exigu et insalubre, l'urbaniste ne prévoyant pas les accès faciles aux logements et aux services (rampes d'accès, ascenseurs, etc.).

Des lois permettant l'octroi, à toute personne âgée de plus de 65 ans n'ayant aucun revenu, d'une pension (3000 DA) de deux tiers du salaire moyen net mensuel en Algérie.

Le Ministre de la Solidarité a également annoncé la dotation de toute personne âgée démunie « d'une carte nationale de vieillesse » lui donnant des avantages sur le plan de la santé, du transport...

Au moment où nous faisons notre enquête, les âgés interrogés particulièrement fragilisés par le manque de soutien de leur famille. Ces séniors et leurs proches sont souvent distants, plus d'un point de vue relationnel même si les liens ne sont pas totalement absents. La majorité des résidents interrogés déclarent le manque d'une aide financière et régulière d'un parent pour des raisons de santé, de handicap, d'incapacité, de dépendance ou de perte d'autonomie. Cela concerne 72.72 % des hommes et 57.88 % des femmes (**Figure 16**). En parallèle, ces séniors n'ont reçu (ou n'acceptent pas) aucune aide financière de leurs visiteurs (**Figure 16**).

Si les centres d'accueil sont marqués du stigmate, il n'en demeure pas moins que certaines personnes âgées les préfèrent à leur famille, pour différentes raisons, car certaines sont issues de milieux très pauvres, ou trop conflictuels. Le travail féminin ne facilite pas non plus la prise en charge des séniors, car ces femmes ont déjà du mal à concilier travail à l'extérieur et travail domestique (**CRASC, 2005**).

Pour les personnes en rupture de ban, SDF, malades, ces centres apportent la sécurité et les soins médicaux, un minimum de confort et des repas réguliers ainsi qu'un espace agréable dans le FPAH (jardin, hammam), une convivialité permettant un lien social salubre.

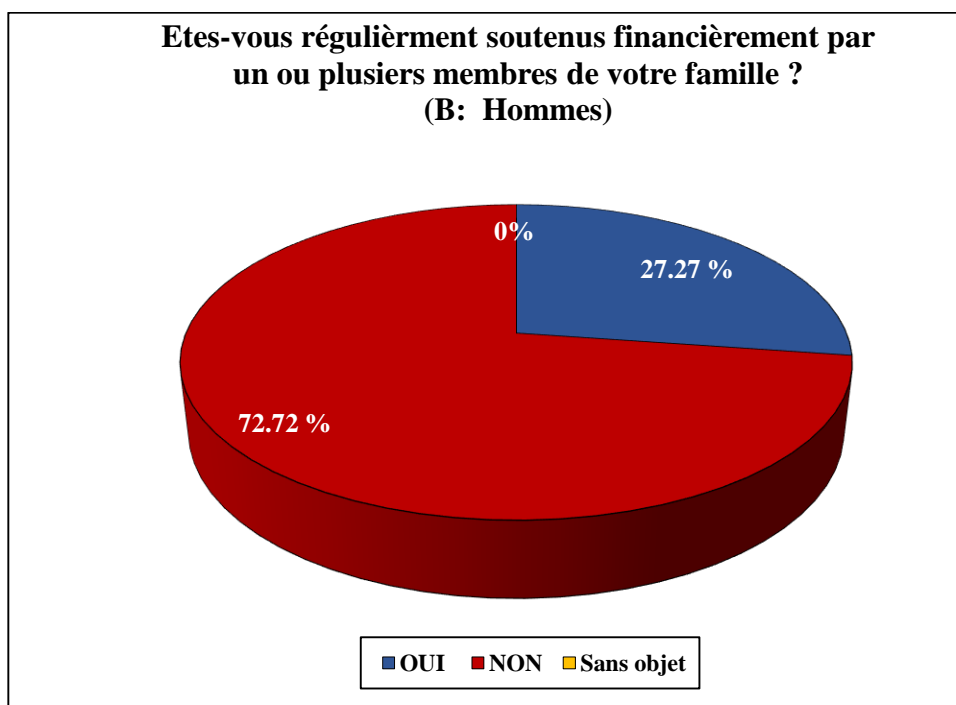
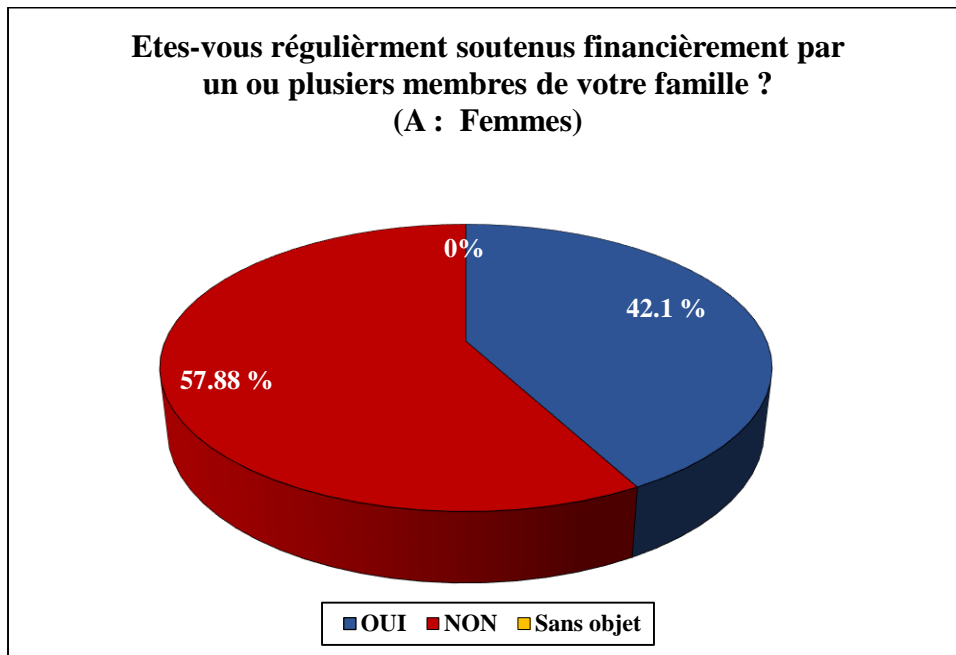


Figure 16 : Le soutien financier des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) par un ou plusieurs personne (s) de leurs familles (**sans objet** : aide financière par une personne étrangère).

La décision prise par l'Etat d'inclure les personnes handicapées dans les maisons de retraite a engendré une fréquence élevée des situations de dépendance (physique et/ou psychique). Des critères servent à repérer la dépendance physique :

- Groupe 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ;
- Groupe 2 : personnes n'appartenant pas au groupe 1 et ayant besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage ;
- Groupe 3 : personnes n'appartenant pas aux groupes 1 et 2 et ayant besoin d'aide pour sortir de l'institution.

Ce découpage rend compte de façon satisfaisante de la sévérité plus ou moins grande de la dépendance physique.

31 à 36 % des personnes interrogées ont répondu avoir aidé une personne présentant un handicap physique (**Figure 17**). Par ailleurs, il semblerait que l'âge avancé ne constitue pas un critère pour les hommes du foyer, selon lequel une personne plus âgée mérite d'être aidée, c'est pourquoi cette proportion n'est que de 9 %. Les femmes interrogées, par contre, se sont présentées plus aidantes et déclarent aider une personne (généralement du même sexe) plus âgée qu'elles (36.8 %) (**Figure 17**).

Les femmes, traditionnellement habituées à prendre en charge les tâches ménagères, font sans doute mieux face à la solitude que les hommes en s'intégrant avec leur entourage (**OMS, 2017**).

Dans les autres cas de notre enquête, la personne a répondu non (54.54 % hommes et 21 % femmes) (**Figure 17**), ceci peut être dû en grande partie à leur âge très avancé qui ne leur permet pas de donner de l'aide ou bien alors à leur isolement.

Précisons enfin, que les personnes étaient interrogées sur leur descendance, leur ascendance et leur fratrie (en ce qui concerne les personnes vivantes). Le réseau familial que nous allons décrire est donc susceptible d'être le lieu d'échanges plus ou moins réguliers (visites, conversations téléphoniques, correspondance, aides diverses). Afin d'étudier l'impact de ce réseau, nous décrirons d'abord le réseau familial « potentiel » des personnes âgées, puis nous nous intéresserons à l'activité de ce réseau.

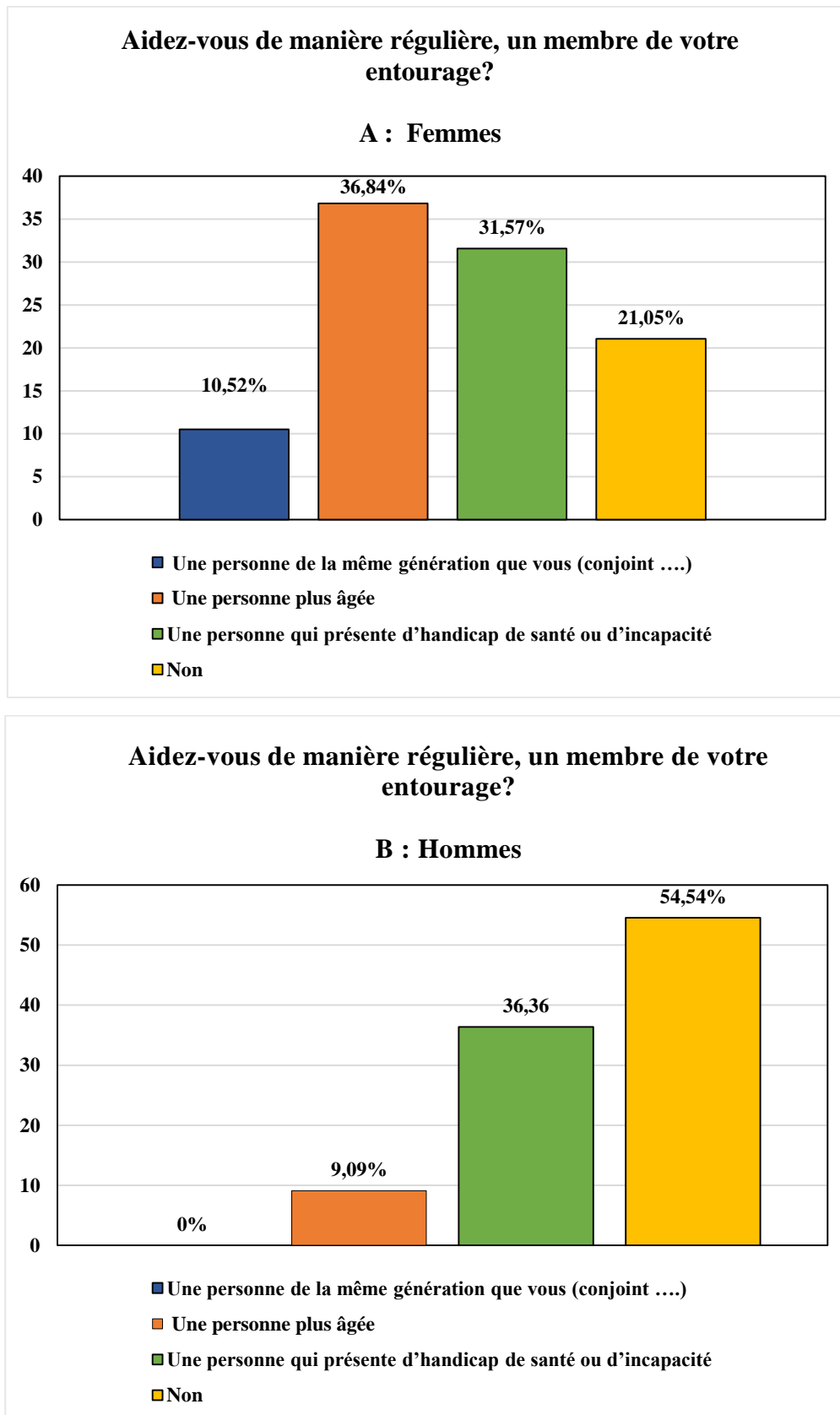


Figure 17 : L'aide d'une personne de l'entourage par les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).

Ces personnes étaient interrogées sur la fréquence à laquelle elles voient les membres de leur famille. Plus précisément, l'information collectée porte sur les parents de la personne interrogée et se limite, pour le reste de la famille, aux enfants et aux frères ou sœurs que la personne voit le plus souvent. Nous utiliserons le terme de « rencontre » pour désigner un parent que la personne interrogée voit à l'occasion de voir. Une rencontre mensuelle (resp. hebdomadaire) correspond à un parent que la personne interrogée voit au moins une fois par mois (resp. par semaine). La proportion de femmes interrogées qui rencontrent un de leurs enfants ou de leurs petits-enfants, au moins une fois par mois, est très faible et est de l'ordre de 5.26 % (**Figure 18 A1 et B1**). Les rencontres mensuelles sont absentes chez les hommes interrogés. Or, le nombre de rencontres mensuelles apparaît très sensible au nombre d'enfants et de frères et sœurs vivants.

Les personnes veuves rencontrent davantage leur famille à un rythme moins d'une fois par mois (21 à 27 %) que les moins entourées qui sont les personnes célibataires, divorcées ou séparées. Les personnes rencontrées sont des enfants de l'enquête (**Figure 18 A1 et B1**).

De 64 à 68 % de nos enquêtés ne voient pas des amis, des voisins ou bien encore un apparenté de la famille. Toutefois, il existe quand même un faible pourcentage de 27.27 % d'hommes ayant un « contact » (au moins une fois par an). Ce pourcentage s'abaisse davantage chez les femmes (5.26 %) (**Figure 18 A2 et B2**).

Ces âgés gardent des contacts avec leurs voisins ou leurs amis où 9 à 10.5 % les voient moins d'une fois par mois. Il semblerait que les femmes aiment plus d'être en contact actif où 5.26 % voient leurs proches amis ou membres de la famille une fois par mois et 10.54 % les rencontrent d'une manière hebdomadaire (**Figure 18 A2 et B2**).

L'OMS (2017) considère que toute personne qui voit au moins une fois par mois son parent en institution ou qui le voit plusieurs fois par an avec au moins un échange de nouvelles par mois avait un « contact actif » avec ce parent.

Il nous semble qu'il s'agit là d'une fréquence minimale de relations entre la personne en institution et son entourage permettant de considérer qu'elle n'est pas isolée.

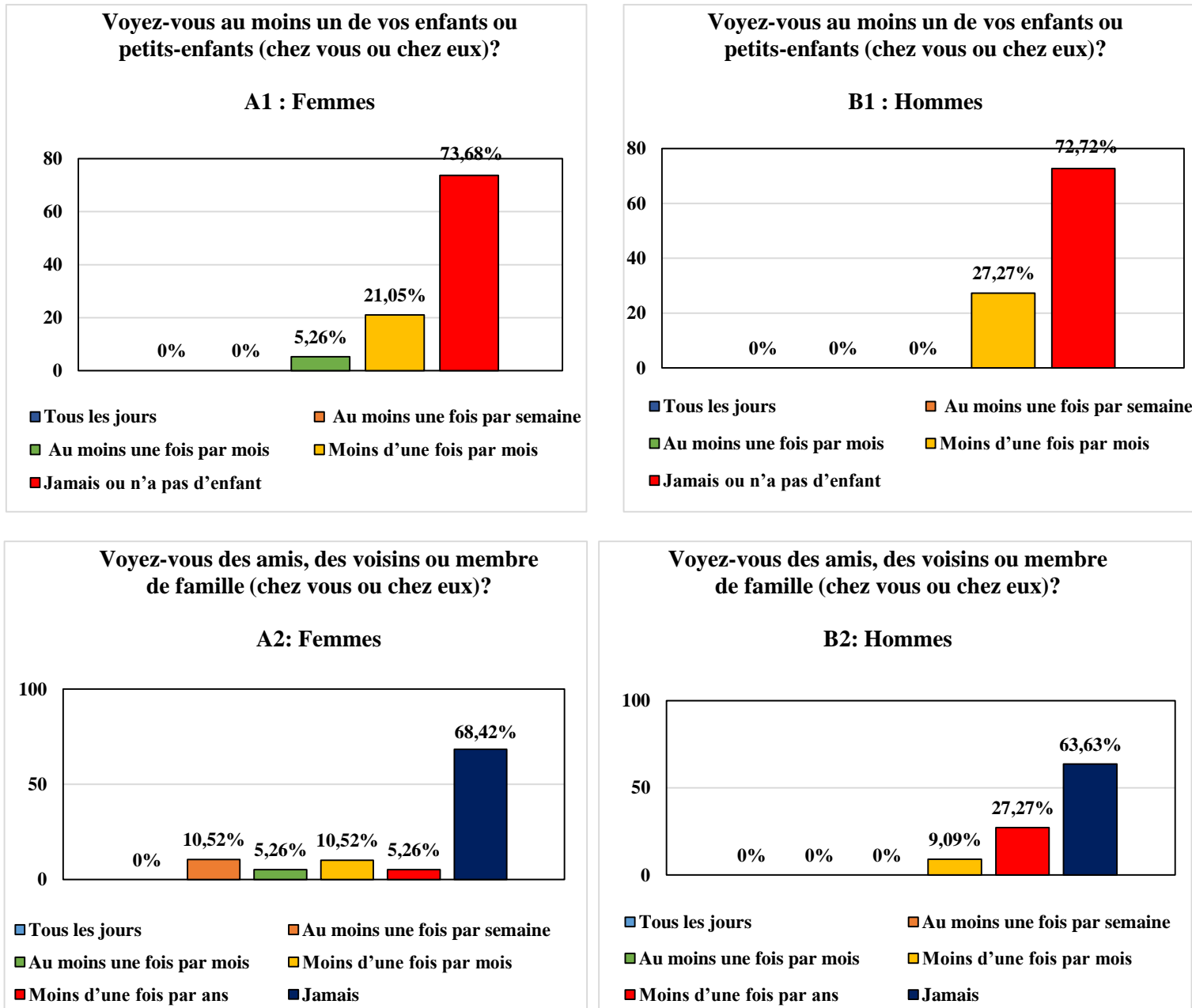


Figure 18 : Le contact des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) avec leur réseaufamilial vertical (enfants et petits-enfants en particulier 1) et horizontal (fratrie 2).

Enfin, 82% des hommes disent avoir utilisé les nouvelles technologies de communication (webcam, téléphone portable ...) pour communiquer avec leurs proches par contre 84% des femmes ne les utilisent pas (**Figure 19**).

Les sociétés évoluent et les moyens aussi. Même si la génération précédente (les 60-70 ans) s'y met de plus en plus et que les plus jeunes sont férus de produits high-tech (ordinateurs, smartphones ou tablettes), les grands-parents restent encore trop souvent tenus à l'écart de ces moyens modernes de communication et de partage d'information.

Dans un travail sur les séniors en Algérie et les séniors au Japon, **Mohammedi (2013)** note la différence de réponses des deux sociétés à la question des séniors. Il remarque que pour le Japon, pays développé avec un taux de séniors trois fois plus élevé que celui de l'Algérie (23 %), la réponse est avant tout institutionnelle, alors qu'en Algérie, elle est plutôt familiale. C'est donc la famille qui prend en charge ses séniors, mais cette dernière ne risque-t-elle pas de s'épuiser ? La 2^{ème} différence caractérisant le Japon c'est le recours à la technologie pour répondre aux besoins des séniors : robot pour aider aux soins quotidiens, *poupée parlante* pour tenir compagnie...

Ces dernières années, on est passé de l'ordinateur omniprésent (avec son écran, ses câbles...) à l'ordinateur « invisible » et accessible par l'avènement du tactile. Ces évolutions ont eu pour effet de réduire les interfaces entre l'homme et l'ordinateur. Même novices, les seniors n'ont pas du tout la même appréhension quant à l'utilisation d'une tablette ou d'un ordinateur.

Certes, la vie moderne a des inconvénients, mais il est possible d'utiliser ses avantages pour améliorer la qualité de vie et le bien-être des séniors. Les exosquelettes nous paraissent prometteurs pour l'amélioration de la mobilité des séniors ; il y a également l'électronique qui peut maintenir des liens entre parents, enfants et petits-enfants compte-tenu des migrations, mais, les séniors sont ceux qui maîtrisent le moins les nouvelles technologies et rien n'est fait pour mettre à leur portée ces outils

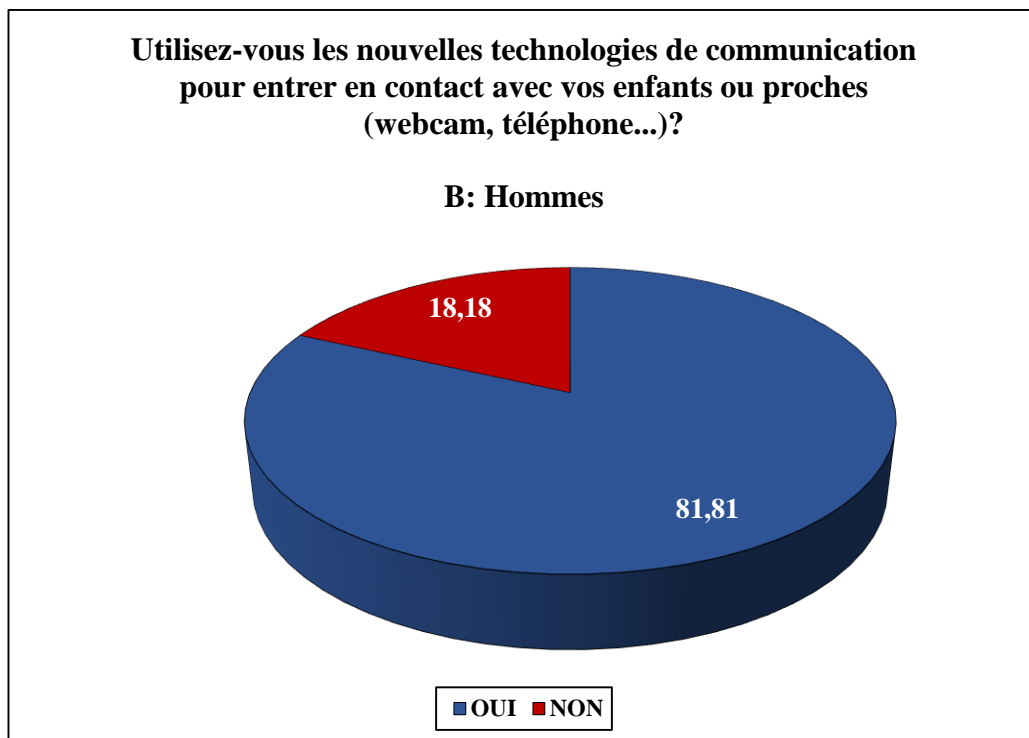
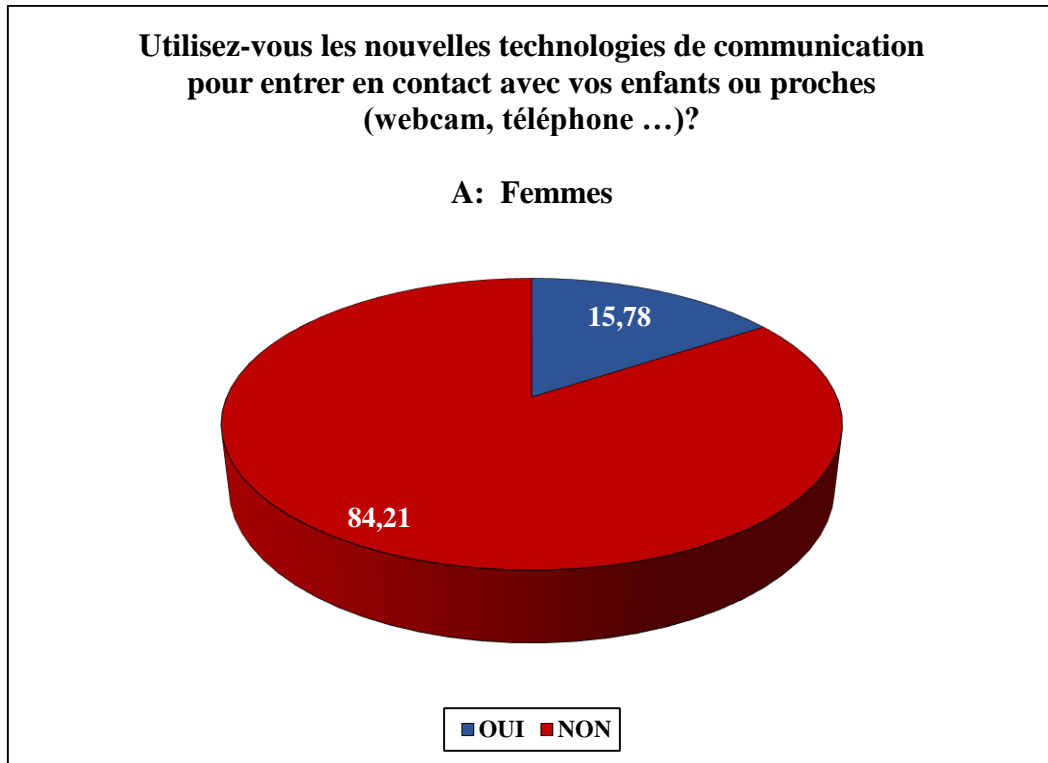


Figure 19 : L'utilisation de la nouvelle technologie par les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).

IV.7. Etat de santé

Plusieurs questions étaient utilisées pour appréhender l'état de santé des personnes âgées :

- L'auto perception de la santé (la déclaration du résident d'être en bonne ou très bonne santé) par ces personnes âgées : nos résultats (**Figure 20**) ont révélé que presque la totalité est dans un mauvais ou moyen état (physiquement et psychologiquement). Ainsi, une moyenne santé est rapportée par 45.45% des hommes et 47.36% des femmes, et une mauvaise santé par 45.45% des hommes et 36.84 % des femmes (**Figure 20**).

Le vieillissement du corps transforme l'image offerte à autrui et à soi-même. La perception que la personne âgée a alors d'elle-même est une question qui n'est pas sans conséquence. La perception réaliste de ses capacités physiques semble nécessaire dans la réalisation d'actes moteurs alors que la perception optimiste de soi et de l'environnement semble nécessaire au maintien du moral (**Noel, 2012**).

Les "jeunes vieux" (3^e âge, 65 - 79 ans) et les "vieux vieux" (4^e âge, 80 ans et plus) présentent des différences importantes dans leur état de santé, leur consommation de soins médicaux, leurs conditions de vie.

On n'estime que le nombre d'incapacités et d'handicaps double à partir de 75 ans (**Ben Soussan P, 2007**).

L'étude de **Noel (2012)** a montré qu'il semble exister un décalage entre ce que les personnes âgées pensent pouvoir faire et ce qu'elles sont réellement capables de faire: les personnes âgées semblent surestimer leurs capacités posturales. Le vieillissement serait donc lié à un trouble de la perception de ses propres capacités.

- La présence d'une maladie chronique suivie par un médecin : nos résultats montrent que 33% des personnes interrogées se disent concernées. 23.44% sont suivies pour une maladie cardiaque (18.18 % hommes et 5.26% femmes), 37.79% pour l'hypertension artérielle, 33.96% pour les maladies cérébro-vasculaires, 24.87% sont suivies pour le diabète et 28.70% pour la dépression (**tableau 03**).

Les taux dépassant les cent pour cent indiquent le cumul de plusieurs atteintes. Le handicap mental constitue le principal facteur de risque en particulier quand la

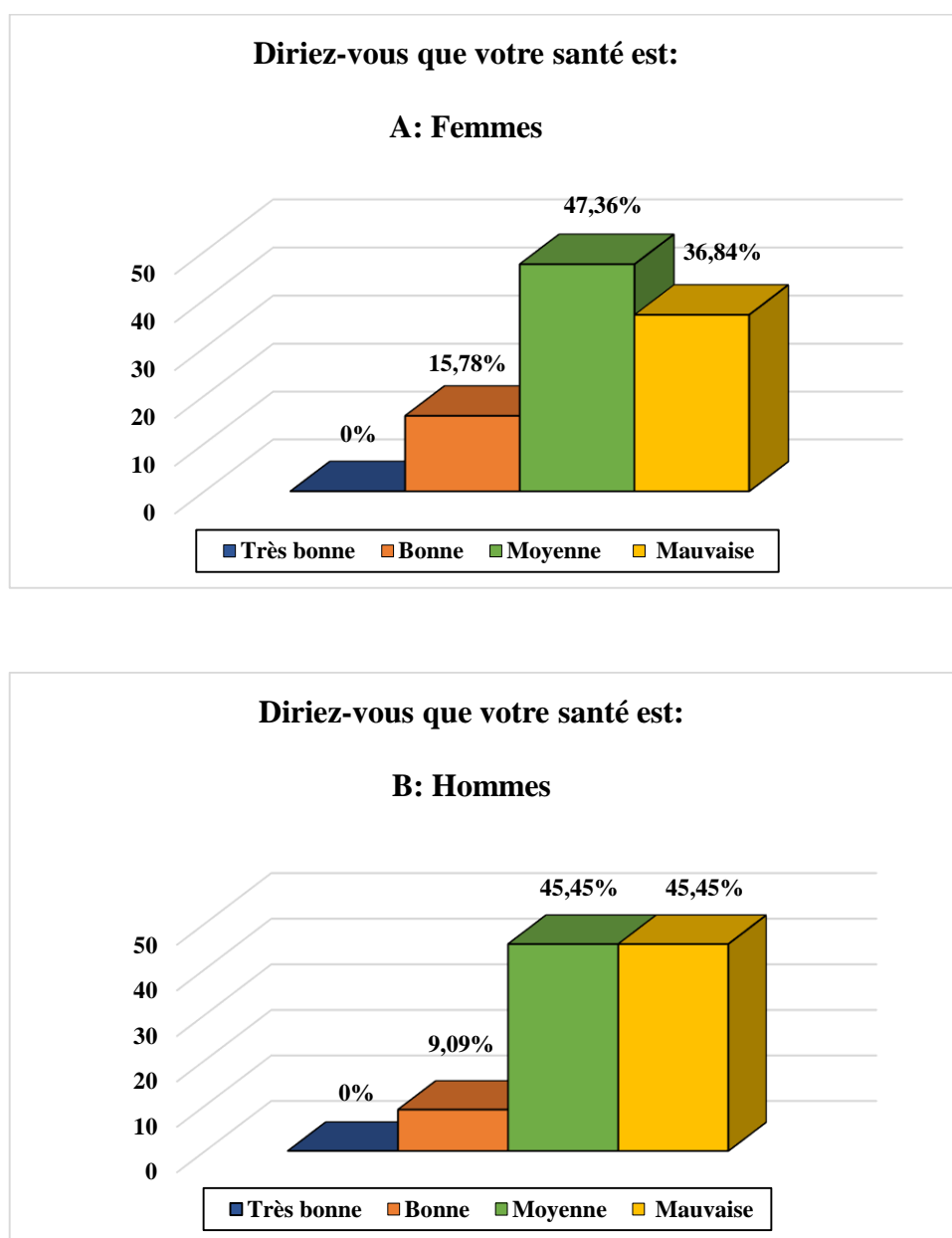


Figure 20 : L'état de santé perçu par les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).

Tableau 03 : Les maladies cumulées par les résidents interrogés du FPAH.

Etes-vous, en ce moment, soigné par un médecin, pour certaines de ces maladies ?	Hommes en (%)	Femmes en (%)
Maladie cardiaque	18,18	5,26
Hypertension artérielle	27,27	10,52
Cholestérol, hypercholestérolémie	9,09	5,26
Maladie cérébro-vasculaire	18,18	15,78
Diabète	9,09	15,78
Maladie pulmonaire chronique	0	10,52
Asthme	0	0
Rhumatismes	36,36	26,31
Ostéoporose	0	0
Cancer	0	0
Ulcère gastrique	0	0
Maladie de Parkinson, Alzheimer	9,09	0
Cataracte	18,18	15,78
Glaucome	0	0
Dépression nerveuse	18,18	10,52
Autres maladies(comme la prostate....)	36,36	0
Aucune de ces maladies	18,18	21,05

personne est célibataire, viennent loin derrière le handicap moteur et sensoriel. Ces handicaps lourds touchent autant les plus de soixante ans que les plus jeunes.

Le rapport (**EASF, 2002**) montre que 66.8 % des personnes âgées enquêtées souffrent d'au moins une maladie chronique. L'hypertension artérielle (29 %) est la plus fréquente, suivie des maladies articulaires (24.3 %), les maladies gastriques (13 %), le diabète (11.3 %) ; les problèmes de dos (9.7 %), les maladies cardio-vasculaires (8 %), la cataracte (7.7 %) et les migraines (7.6 %).

Ces maladies ont une certaine répercussion négative sur l'alimentation de ces séniors. Le docteur **Allepaerts (2011)** déclare que toute personne âgée atteinte d'une affection chronique telles une bronchite chronique obstructive, une décompensation cardiaque ou une affection aiguë (comme la douleur, l'infection, les fractures, la chirurgie, les escarres, la constipation aiguë) est à risque de développer ou d'aggraver un état de dénutrition

On signale qu'en Algérie, les soins sont gratuits pour toutes les maladies chroniques (la carte Chiffa instaurée depuis les années deux mille donne droit à la gratuité des médicaments, analyses, radiographies, etc.)

En ce qui concerne la prise en charge dans ces centres, on peut dire que ces institutions en Algérie sont inégalement pourvues, elles sont souvent démunies de personnel spécialisé comme toutes les structures de l'Action Sociale qui fonctionnent, en grande partie, avec des personnels vacataires, filet social, emploi de jeunes, etc. Il n'y a pas de gériatre, c'est-à-dire de spécialiste pour les personnes âgées et, les médecins, qui sont rarement à temps plein, sont des généralistes.

L'institution fait appel à un psychiatre en cas de besoin et, c'est un infirmier qui applique les traitements. La gériatrie a du mal à démarrer, en particulier en Algérie où depuis les années 2000, les ministres de la santé annoncent la création d'hôpitaux de gériatrie à Sétif mais aussi à Sidi-Bel-Abbès, El Oued et Adrar, et un autre à Zéralda, mais hésitent à les mettre en pratique par peur que les familles n'y délaissent leurs parents malades (**sources : EASF, 2002**). Il est peut-être plus utile, dans un premier temps, d'ouvrir des services de gériatrie dans les CHU et de développer la gérontologie pour mieux faire face aux besoins grandissant de cette population tant sur le plan de la santé que celui de la prise en charge sociale, psychologique.

Par ailleurs, aucune de ces personnes séniors à mentionner une hospitalisation au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.

Pour un senior, l'équilibre de vie dépend de son alimentation, de sa médication, de son hygiène de vie, de son moral. Un déséquilibre de l'un de ces éléments peut générer certains troubles, qui peuvent s'avérer parfois violent et entraîner une hospitalisation d'urgence. Le personnel aidant devrait être attentif aux détails.

Bien au contraire des cas des jeunes, parmi les principales raisons d'une hospitalisation des personnes âgées arrivent en première position la fracture d'un membre, la troisième cause est les plaies et la quatrième c'est la pneumonie. Par ailleurs, le taux d'hospitalisation des seniors après un passage aux urgences est deux fois plus important que la moyenne de la population jeune (OMS, 2017).

L'hôpital est un milieu hostile pour la personne âgée. D'après nos résultats et malgré l'absence des cas d'hospitalisation, des cas d'alitement (**Figure 21**) à la chambre du sujet âgé ont été observés. 18.18 % des hommes et 26.31% des femmes interrogés déclarent être alités pendant une période de deux semaines ou plus dans les 12 derniers mois (27% des hommes alités de 5-10 jours contre 21 % femmes alitées de 1-5 jours). Les circonstances nécessitant impérativement un alitement sont peu nombreuses (**Méan et al., 2017**):

- Fractures
 - fracture du bassin en période douloureuse,
 - fracture du col fémoral non opérées et instables,
 - montages orthopédiques ne permettant pas l'appui immédiat
- Thrombose veineuse profonde avec ou sans suspicion d'embolie pulmonaire en début de traitement ou en cas de thrombus mobile et de douleurs persistantes.
- Coma ou troubles importants de la vigilance.
- Hémiplégie récente avec troubles du tonus du tronc et/ou de la vigilance.
- Fièvre importante.
- Hypotension ou état de choc.
- Décompensation cardiaque et respiratoire aiguë.

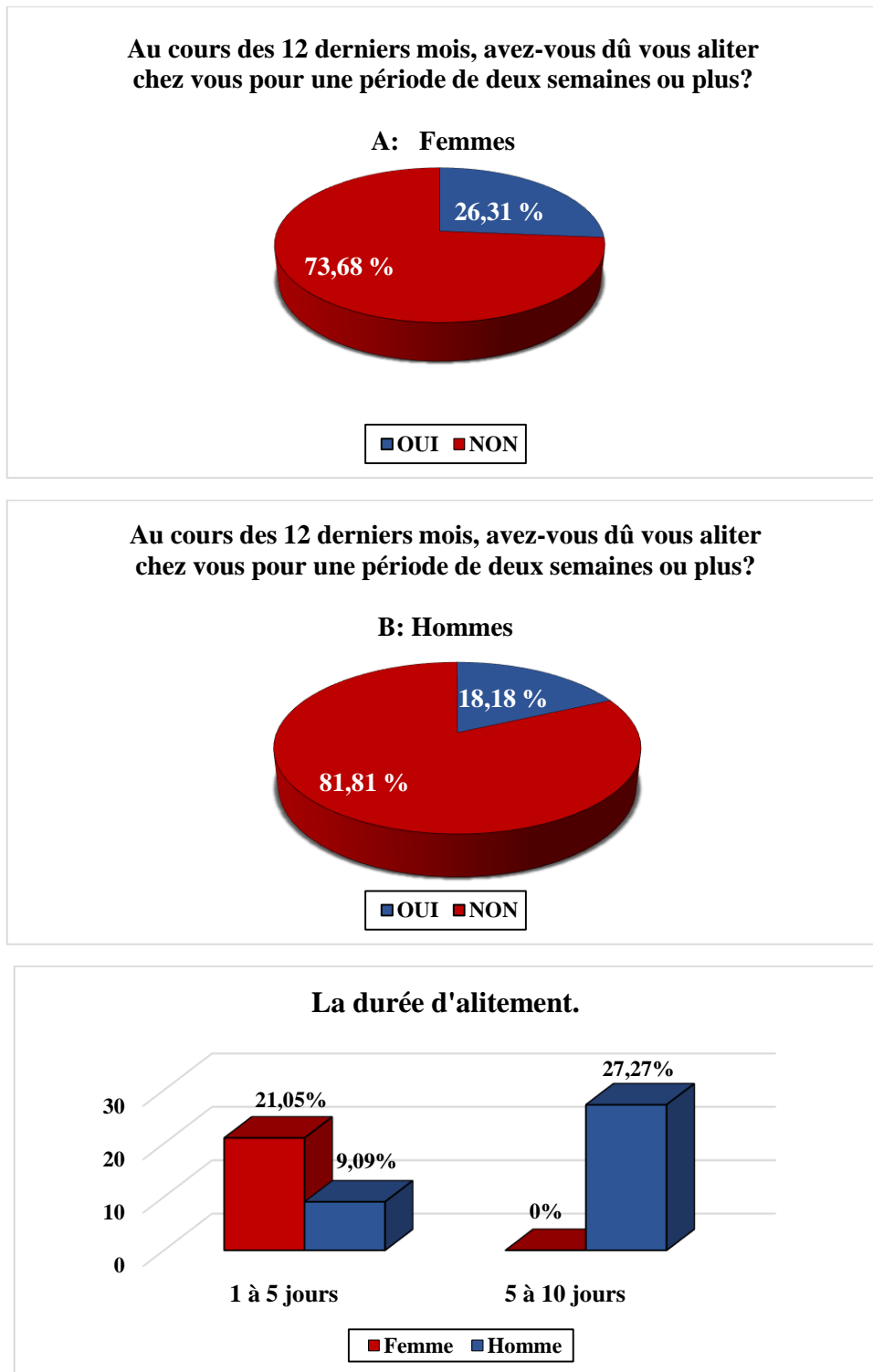


Figure 21 : La survenue d'alitement chez les résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes) au cours des 12 derniers mois.

Jusqu'à 65 % des seniors indépendants à la marche vont perdre cette capacité fonctionnelle pendant l'alitement. La perte de l'autonomie à la marche augmente la durée d'immobilisation, le besoin de réadaptation, le placement en établissement médico-social, le risque de chute (pendant et après l'immobilisation) et la mortalité des patients âgés (Méan et al., 2017).

L'alitement ou le manque d'activité physique pendant un séjour hospitalier conduit au déconditionnement qui représente lui-même un facteur de risque majeur de déclin fonctionnel et de mauvais pronostic chez les patients âgés (Méan et al., 2017).

IV.8. Vaccination

Toutes les personnes de toutes tranches d'âge de ce foyer se font vacciner chaque année contre la grippe.

Pour les hommes enquêtés, 54.54% savent être vaccinés contre le tétanos contre 68.42% pour les femmes (**Figure 22**). D'une manière globale, 77.02% des personnes interrogés (sexes confondus) déclarent ne pas avoir des informations sur leur état de vaccination (45.45% hommes, 31.57% femmes) (**Figure 22**).

Différentes raisons font de la vaccination des seniors un acte médical important. L'efficacité clinique de la vaccination n'est plus à prouver : elle protège de l'infection, prévient des complications et diminue le nombre de décès dus aux maladies. La séroconversion (phase d'une maladie infectieuse durant laquelle les anticorps apparaissent dans le sang) est plus longue chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. De ce fait, il est important d'être vacciné afin de produire les anticorps nécessaires à combattre la maladie

Trois vaccins sont, aujourd'hui, particulièrement recommandés pour les personnes de plus de 65 ans (OMS, 2017):

- **Diphtérie** : la diphtérie est une maladie infectieuse contagieuse découverte en 1826, dont les principaux symptômes sont une infection des voies respiratoires et du nez. Cette maladie persiste en Europe de l'Est, en Afrique et en Asie. Elle n'est pas éradicable et fait l'objet d'une obligation de vaccination depuis 1938. Malheureusement, deux tiers des personnes de plus de 65 ans ne sont pas protégés.

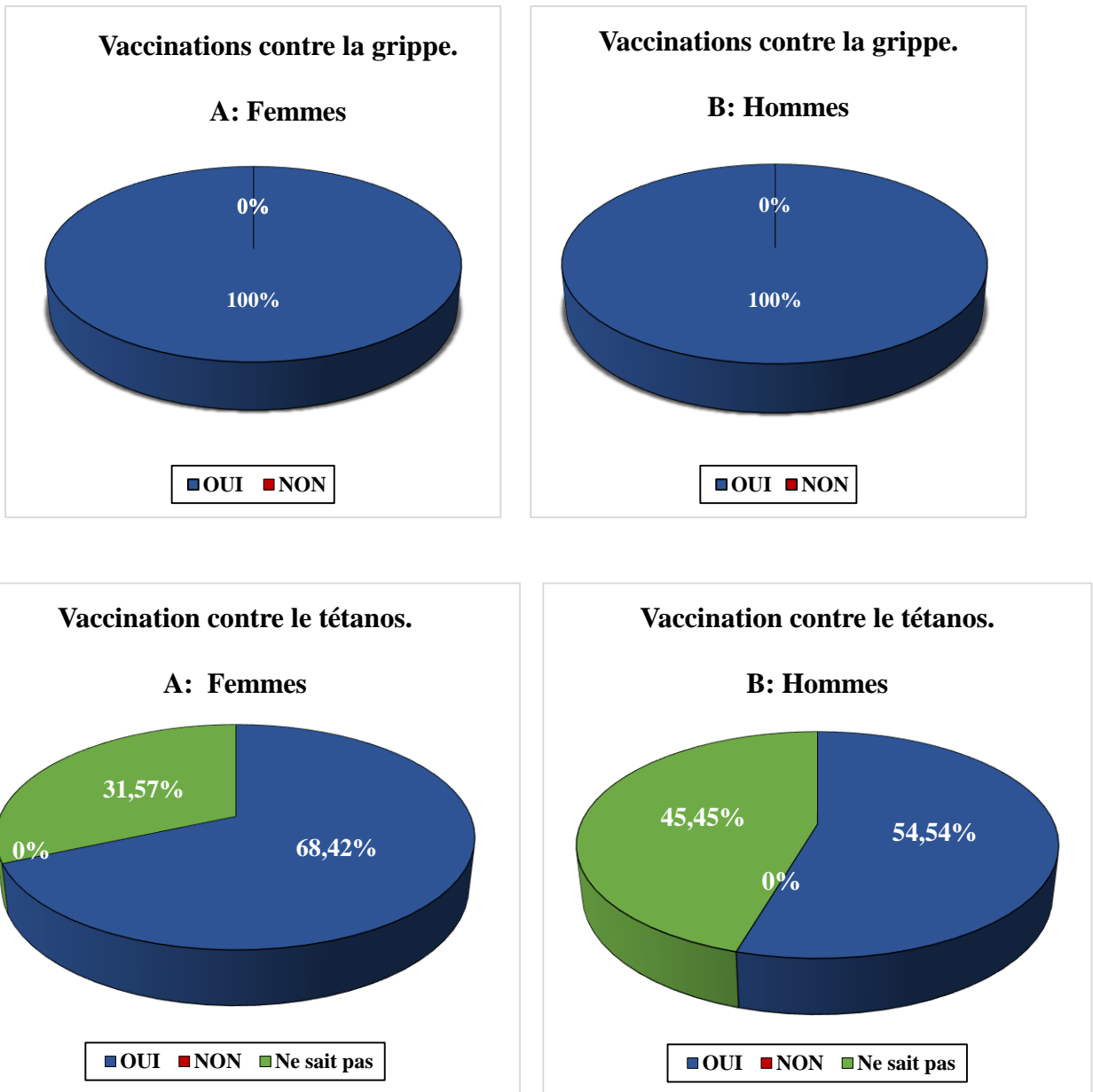


Figure 22 : L'état de vaccination des résidents interrogés (A : Femmes ; B : Hommes).

- Tétanos : le tétanos est une maladie infectieuse aiguë, grave et potentiellement mortelle (presque tous les cas de tétanos mortels ont été relevés dans les pays en voie de développement). C'est une maladie causée par l'infection d'une plaie, qui entraîne des contractions musculaires violentes et des spasmes.
- Poliomyélite : aussi appelée maladie de Heine-Medin ou simple polio, la poliomyélite est une maladie infectieuse aiguë et contagieuse, qui entraîne une méningite et s'accompagne, dans la moitié des cas, de lésion de la moelle épinière et d'une paralysie des membres inférieurs. La polio n'est pas une infection éradiquée et gagne du terrain en Afrique.

Conclusion

Les enquêtes alimentaires sur les foyers pour personnes âgées et handicapées n'étant pas très répandues, l'objectif de cette enquête était de mettre la lumière sur une question aussi nutritionnelle que sanitaire. Vu que ces sujets sont avancés en âge, atteints de différentes maladies physiques et mentales et le plus important qu'ils ne sont pas dans leur domicile suite à des circonstances amères de rupture, d'isolement ou de perte de famille.

Nous les avons interrogés sur la place qui leur est donnée dans ce foyer, ce qu'ils pensent de leurs états, ce qu'ils mangent, leur historique avec les maladies et comment ils activent leur vie dans cette institution.

L'analyse des chiffres et les entretiens diversifiés qui ont été réalisés dans cette enquête ont permis d'isoler les caractéristiques des résidents âgés du foyer pour personnes âgées et handicapées : ainsi le célibat et le handicap physique sont les caractéristiques dominantes et sont majorés par la grande pauvreté, l'âge et la rupture avec la famille. Un très bon poids moyen était aussi enregistré reflétant une bonne conduite nutritionnelle. L'ancienneté moyenne chez nos enquêtés était de l'ordre d'au moins 10 ans, reflétant une certaine satisfaction envers ce que leur a été offert et fourni dans le foyer.

Dans cette institution, la surveillance de l'état nutritionnel était régulière par un minimum de prise de poids mensuel. Quand une perturbation de l'état nutritionnel est avérée un plan de dénutrition est établi sur la base de l'avis du médecin généraliste. Ce plan ne comporte pas une surveillance systématique de la consommation alimentaire, ce qui suppose que ce genre d'établissements n'ont pas les moyens, notamment en temps de diététicien (ne).

Le médecin généraliste et le personnel intervenant dans le foyer n'ont pas reçu une formation sur les personnes âgées et sur les problèmes nutritionnels majeurs en gériatrie. Cette formation, obligatoire, même pour les médecins, devrait être adaptée au rôle de chacun.

Le temps consacré au repas doit être suffisant pour permettre aux personnes mangeant lentement de pouvoir se nourrir. En aucun cas, il ne devrait être inférieur à 30 minutes au petit déjeuner, à 45 minutes au repas du soir et à 1 heure au repas de midi.

En outre, le goûter est systématiquement proposé dans le foyer, mais il serait aussi bénéfique à la santé nutritionnelle de ces âgés de leur permettre la prise de collations nocturnes.

Le personnel aidant est de nombre très faible au regard de l'effectif existant dans le foyer. Il devrait être en nombre suffisant pour que chaque personne qui a besoin d'aide pour manger puisse la recevoir, tout en mangeant à son rythme. Cette aide devrait être dispensée, de façon individuelle, y compris pour les personnes qui mangent dans leur chambre.

Le ratio de personnel moyen est de l'ordre de 0,36 agent par résident. Un effort important devrait donc être entrepris dès maintenant pour aller dans le sens d'atteindre l'objectif des recommandations internationales, qui préconisent un ratio moyen aujourd'hui fixé à 0,4.

L'étude des représentations et des connaissances nutritionnelles des personnes âgées et de leur entourage constitue le point de départ de la compréhension de la restriction alimentaire volontaire observée chez les séniors du FPAH.

La fermeture sur soi adoptée par la majorité de ces résidents explique l'état de santé physique et psychique détérioré. Nos résultats montrent que seulement les personnes veuves rencontrent davantage leur famille à un rythme moins d'une fois par mois que les moins entourées qui sont les personnes célibataires, divorcées ou séparées. Cet isolement affecte grièvement le plaisir de manger, de parler de sortir et de voir autrui chez ces séniors. Il est évident que l'Etat fournisse beaucoup de moyens pour le bien-être de ces résidents délaissés mais cela ne substitue guère la présence de « l'enfant » ou le proche dans la famille dans leurs yeux.

Si l'OMS recommande que chaque établissement d'hébergement de personnes âgées soit attaché d'un(e) diététicien(ne) formé(e) à la nutrition des personnes âgées pendant une demi-journée au moins par semaine, dans notre pays, cet objectif est loin d'être atteint. Toutefois, les médecins généralistes ou le staff aidant peuvent veiller à ce que les recommandations diététiques soient respectées par ces personnes âgées.

Cette première enquête alimentaire serve d'ébauche pour un travail plus approfondi sur cette catégorie de personnes âgées où il serait souhaitable d'envisager plus d'enquêtes élargies sur d'autres wilayas de l'Algérie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AFSSA, 2007 : apport en protéine : consommation, qualité, besoins et recommandation ; p-8.
- AFASA, 2005 : **Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé.**
- Allepaerts S., Delcourt S., Wislez S., et al., 2011: Promoting factors of laryngeal penetrations in elderly. *Geriatr Psychol Neuro psychiatr Vieil*, p-9, 45-50.
- Anonyme Haute Autorité de Santé, 2003 : Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino- énergétique des adultes hospitalisés [en ligne]. Septembre: http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_432199/evaluation-diagnostique-de-la-denuitritionproteino-energetique-des-adultes-hospitalises.
- Anonyme Haute Autorité de Santé, 2007 : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino- énergétique chez la personne âgée [en ligne]. Avril: http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_546549/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitritionproteino-energetique-chez-la-personne-agee.
- Algava E., Bresse S., 2005 : « Les bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation : trajectoires d'activité et retour à l'emploi », *Études et Résultats*, 399.
- Alpes R., 2006 : les besoins et les voie alimentaire des personnes âgées.
- Arveux I., Faivre G., Lenfant L., Manckoudia P., Mourey F., Camus A., Mischistroussard C., Pfitzenmeyer P., 2002 : Le sujet âgé fragile, *La revue de gériatrie*, tome p569- 581.
- Apports nutritionnels conseillés pour la population française, 2001, éditions Tec&Doc.
- Aubert .C, 2012 : perd –on l'appétit en vieillissant : 12.
- Ben Soussan P, 2007 : Qu'est-ce qu'être vieux ? *Med Sci (Paris)* 2007 ; 23 : p-13-18 [.https://doi.org/10.1051/medsci/2007233s1](https://doi.org/10.1051/medsci/2007233s1).
- Briole G., Clervoy P, Vallet D., 1999 : Pathologie post traumatique du sujet âgé, in: Léger J-M., Clément J-P., Wertheimer J., Eds *Psychiatrie du sujet âgé*, pp. 234-242 (Paris, Flammarion).
- Buysse DJ., Browman KE., Monk TH., Reynolds CF., FasiczkaAL., Kupfer DJ., 1992 :Napping and 24-hour sleep/wake patterns in healthyelderly and youngadults. *J Am Geriatr Soc*;407 p-79–86.

- Byock .I, 2007** : stratégie en charge en cas de nutrition en protéine énergétique chez personne âgée : p-11.
- Can R. M., 1996**: Age and nutrition issn1158-0259, vol 7, n2 page 75.
- Cavey Michel, 2006** : Dernière mise à jour : jeudi 2 novembre Psychologie du sujet âgé.
- Chen H., Guo X., Park Y., Freedman N D., Shinha R., Hollenbeck A., Blair A. 2013**: Sweetened beverages, coffee and tea in relation to depression among older US Adults. AAN 65th annual meeting abstract.
- Colin Christel, 1996** : « Pour vivre mieux, vivons mariés », Regards sur l'Île-de-France, n° 32, p. 12-13.
- Combe N., Henry O., et VaysseC., Lopez C., Driss F., Fonseca I., Masselin S., Simon N., Le Guillou C., Mendy F., 2015** : bulletin d'information scientifique sept : n° 27.
- CRASC, 2005** : rapport « Femmes et intégration socio-économique : données d'une enquête exploratoire », Benghabrit-Remaoun, N., (dir.), MDCFCF/CRASC.
- Crips. C, 2006** : besoin oligo-élément synthèse documentaire <<mieux se nourrir mieux vivre à ce âge ; p-09.
- Crouette P, 1994** : Le sentiment de solitude chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Collection des Rapports juillet n°R147.
- Cruz-Jengtoft AJ, et al., 2010**: Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age & Ageing. Jul; 39(4):412-23.
- Dangin M., Boirie Y., Guillet C., Beaufrère B., 2002**: Influence of the protein digestion rate on protein turnover in young and elderly subjects. J Nutr Oct; 132(10):3228S-33S.
- Dement WC., Miles LE., Carskadon MA., 1982** :White "paper" on sleep and aging. *J Am Geriatr. Soc*;pp, 30:25–50.
- Donzé J., Ruffieux C., Cornuz J., 2007** : Determinants of smoking and cessation in older women, Age and Ageing, 36(1), 53-57.
- EASF, 2002** : Enquête nationale sur la santé de la famille. Ministère de la Santé (SPRH), ONS et Ligue des Etats arabes.
- Etem, 2007** : diagnostique un trouble nutritionnel chez sujet âgée : 127-129.
- Ferry M., Alix E., Borcker P., 2002** : Nutrition de la personne âgée. 2e édition - Paris : Masson.p-24.

- **Roger F., 2007** : Manuel de *psychologie du vieillissement* Dunod, Paris, p. 173.
- **Thierry G. et Lôo H., 2009** : .Dépression et personnes âgées Encéphale, 35, p. 269-280.
- Gavray C., 2008**: « Genre, emploi et marché du travail : un tableau contrasté ». In Cornet A., Laufer J., Belghiti S. (Eds.), *Le genre et la GRH : les défis de l'égalité hommes-femmes*, collection « AGRH », Paris, Vuibert.
- Gierveld J., van Tilburg T., Dykstra P-A., 2006**: Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti& D. Perlman (Eds.), *Cambridge handbook of personal relationships*; pp. 485-500. Cambridge: Cambridge UniversityPress.
- Gonthier R., 2001** : Le concept de fragilité, Impact Medecin Hebdo, n° 59, p4-6.
- Guibert F., 2005** : L'alimentation des seniors –la première des vigilances, 2e édition, F-X.
- Harris T., Ferrucci B., 2010**: changes weigh at the end of life: characterizing weight loss by time to death in a cohort study of older.172:558-565.
- Hart R-P., Kwentus J-A., 1987**: Psychomotor slowing and subcortical-type dysfunction in depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.*;50(10): 1263-6.
- Hébuterne X., Alix E., Raynaud-Simon A., Vellas B., 2009** : *Traité de nutrition de la personne âgée*, Springer, 2009.
- Henrard J.C et Réjéan H., 2002** : Entretien simultané avec les 2 animateurs du réseau francoquébécois sur la santé et le vieillissement, Dossier vieillissement et Santé, Santé, Société et Solidarité, N°2.
- Inserm, 2014** : Benzodiazépine et Alzheimer : le risque augmente avec la durée de l'exposition,
- Joulain M, 2011** : « L'identité des personnes âgées : le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales », Toulouse, ERES, « Pratiques gérontologiques », p. 17-31. DOI : 10.3917/eres.perso.2011.01.0017.
- Kenney, W.L. et Chiu, P., 2001**: Influence of age on thirst and fluid intake. *Med Sci Sports Exerc.* 33(9): p. 1524-32.
- Legrain S. HAS, 2005** : Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance.
- Landry G., 2012** : collège nationales des enseignants de gériatre ; p-32.
- Martin A., 2001** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. Apports nutritionnels conseillés pour la population française, 3e édition - Paris. Ed. Tec & Doc.

- Menecier P., Poillot A., Menecier-Ossia L., Lefranc D., Plattier S., Ploton L., 2010 :** Attitudes et croyances infirmières envers le mésusage d'alcool du sujet âgé. Etude exploratoire auprès de 301 infirmiers hospitaliers. *Alcoologie Addictologie* ; 32(4) : 291-8.
- Méan M., Christophe B., Gérard W., 2017 :** Alitement en milieu hospitalier la mobilisation peut-elle préserver la personne âgée hospitalisée du déclin fonctionnel ? *Revue Med Suisse*; P-279-281.
- Michaud P.H., 2003:** Risque de l'alcool chez les personnes âgées ; *Gérontologie et société*, 105, 89-99.
- Ministère de la Santé, 2013 :** Préconisations pour la prévention du suicide chez les personnes âgées, (OMS).
- Mohammedi S-M, 2013 :** « Famille, développement et troisième âge : Approche comparative entre l'Algérie et le Japon », communication à *Japan Foundation*, Tokyo, 28 Novembre 2008. *Revue Insaniyat : Famille : Pratiques et enjeux sociétaux*. p- 33-44.
- Monfort J-C., Manus A., Piette F., 1993 :** Guide pratique de psychogériatrie Elsevier (Laboratoires Lily).
- Moutassem Mimouni B., 2013 :** *Revue Insaniyat : Famille : Pratiques et enjeux sociétaux* p. 11-32
- Mukandu, 2013 :** le vieillissement est l'affaiblissement progressif des facultés déterminées par l'âge. p-5.
- Noel M., 2012 :** La perception de soi au cours du vieillissement : approche normale et pathologique à travers l'étude de la chute. *Médecine humaine et pathologie*. Université du Droit et de la Santé - Lille II, Français. <NNT : 2012LIL2S010>.
- Norton S., Matthews FE., Barnes DE., Yaffe K., Brayne C., 2014:** Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. Volume 13, No. 8, p788-794.doi : 10.1016/S1474-4422(14)70136-X.
- Omanyondo, 2013 :** Analyse des facteurs déterminant l'automédication chez les personnes âgées cas du quartier Manenga, commune de Ngaliema; www.memoireonline.com
- OMS, 2006 :** Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, Marysette Folliguet - Version 20 mai 2006 ; p-47.

- OMS, 2017** : Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1
- Perneger T.V., Héliot C., Raë A.C., Borst F., Gaspoz J.M., 1998:** Hospital-acquired pressure ulcers: risk factors and use of preventive devices. Arch. Intern Med. Sep. p-2
- Philippe B., 2008** : guide nutrition pour les aidants des personnes âgées. vol 19, n 2 ; 5. 8;158(17):1940-5.
- Potier A., 2010** : articles L. 4113-13 et R. 4113-110 du Code de la santé publique française, www.docteurlic.com/symptome/troubles-de-la-motricite.aspx, Dernière mise à jour, le 18/05/2010.
- Roblin Julie ; Anxiété et démences. GallardaThierry in Les troubles anxieux, Dir. Jean-Philippe Boulenger et Jean-Pierre Lépine., 2014** : Médecine Sciences, Lavoisier, pp. 326.
- Roche J., 2008** : Tabagisme de la personne âgée, NPG, volume 8, numéro 45.
- Schols J. M. et al., 2009:** Preventing and treating dehydration in the elderly during periods of illness and warm weather. J Nutr Health Aging, 13(2) : p. 150-7.
- Sheehy C. M., Perry P A., Cromwell S.L., 1999:** Dehydration: biological considerations, age-related changes, and risk factors in older adults. Biol Res Nurs., 1(1): p. 30-7.
- Sidobre B., Ferry M., Lesourd B., Schlienger J.L., 1996:** Euronut/Seneca France survey and prospective dietary intake. AGE AND NUTRITION, vol. 7, n° 2, 1996, pages 75-77, 4 réf. ISSN 1158-0259.
- Silver A. J., 1990:** Aging and risks for dehydration. Cleve Clin J Med, 57(4): p. 341-4.
- Vellas B., 1990** : les besoins alimentaire des personnes âgées ; p-63.
- Wilson M. M., 1999:** The management of dehydration in the nursing home. J Nutr Health Aging, 3(1): p. 53-61.
- Wresinski J., 1987** : Rapport « grande pauvreté et précarité économique et sociale », présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel.
- Zerillo F., 2001** : Gérontologie et société, n°96. Animation et gérontologie ; *Publié le 23 novembre 2010 par Adrien Charles. Approche psychologique des personnes âgées.*

- **Zanlonghi, 2001** : Laboratoire d'Exploration fonctionnelle de la Vision, 3 place Anatole France, 44000 NANTES <http://www.ophtalmo.net/ariba>.

Caractéristique générales

Sexe	
1. Homme.....	<input type="checkbox"/>
2. Femme.....	<input type="checkbox"/>
Date de naissance.....	_ _ _ _ _ _ _ Jour/Mois/Année
Statut matrimonial	
1. Marié(e) ou vivant maritalement.....	<input type="checkbox"/>
2. Veuf ou veuve.....	<input type="checkbox"/>
3. Séparé(e) ou divorcé(e) ?.....	<input type="checkbox"/>
4. Célibataire	<input type="checkbox"/>
Depuis quelle année habitez-vous de façon permanente dans la maison des Villard ?	_ _ _ _ _
Depuis toujours	<input type="checkbox"/>

Emploie retraite

Quelle est ou a été votre profession principale ?.....	_ _ _ _
Quelle est votre situation actuelle par rapport à l'emploi ?	
1. Retraité(e) ou préretraité(e) (n'ayant aucune activité régulière rémunérée)	<input type="checkbox"/>
En quelle année êtes-vous partie(e) à la retraite ou en préretraite	_ _ _ _ _
2. Salarié(e) ou travaillant à votre propre compte (y conjoint collaborateur et retraité régulière rémunérée).....	<input type="checkbox"/>
3. Chômeur (se).....	<input type="checkbox"/>
4. Congé de longue maladie ou invalidité.....	<input type="checkbox"/>
5. Homme ou femme au foyer	<input type="checkbox"/>
6. Autre situation.....	<input type="checkbox"/>
De quelle autre situation s'agit-il ?.....	_ _ _ _

Quelle est ou été la profession principale de votre conjoint ?....

Activités et vie culturelle

A quel niveau avez-vous arrêté vos études ?	
1. Niveau primaire	<input type="checkbox"/>
2. Niveau collège, CEM.....	<input type="checkbox"/>
3. CFPA ou diplôme professionnel de ce niveau.....	<input type="checkbox"/>
4. Niveau Baccalauréat (général, technique ou professionnel).....	<input type="checkbox"/>
5. Niveau Bac+2 (BTS, DUT, 1 ^{er} cycle universitaire,...)...	<input type="checkbox"/>
6. Niveau supérieur à Bac+2 (2 ^{ème} et 3 ^{ème} cycle universitaire, ingénieur, grande école,.....).....	<input type="checkbox"/>
7. Autre	<input type="checkbox"/>
Précisez autre	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pratiquez-vous régulièrement une activité physique et/ou sportive ?	
1. Plusieurs fois par semaine	<input type="checkbox"/>
2. Une fois par semaine.....	<input type="checkbox"/>
3. Au moins 1 fois par mois.....	<input type="checkbox"/>
4. Moins d'une fois par mois.....	<input type="checkbox"/>
5. Jamais au cours des 6 derniers mois.....	<input type="checkbox"/>
Si oui précisez laquelle.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quelles activités avez-vous eu ce mois-ci ? (coucher toutes les réponses qui conviennent)	
1. Regarder la télévision, écouter la radio, lire le journal...	<input type="checkbox"/>
2. Activités individuelles comme lecture, écrivain, tricot,	<input type="checkbox"/>

jardinage, bricolage, informatique, activité artistique...	
3. Loisirs collectifs (avec au moins deux personnes) comme rencontre au café ou dans un club du troisième âge, jeux de carte, de société, sortie en groupe,.....	<input type="checkbox"/>
4. Activité bénévoles : culturelles, religieuses,	<input type="checkbox"/>
5. Aucune de ces activités	<input type="checkbox"/>
6. Autre activité	<input type="checkbox"/>
Indiquez laquelle	<input type="text"/> <input type="text"/>

Alimentation

Quel est votre poids.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Quelle est votre taille	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Avez-vous maigri de 2 kg ou plus le dernier mois ou de 4 kg ou plus les six derniers mois ?	
1. Oui	<input type="checkbox"/>
2. Non	<input type="checkbox"/>
Faites-vous au moins 3 repas par jour ?	
1. Oui	<input type="checkbox"/>
2. Non.....	<input type="checkbox"/>
mangez-vous souvent seul (sans compagnie) ?	
1. Oui	<input type="checkbox"/>
2. Non	<input type="checkbox"/>
Mangez-vous tous les jours	
Des fruits ?	
1. Oui	<input type="checkbox"/>
2. Non.....	<input type="checkbox"/>
Des légumes verts ?	
1. Oui.....	<input type="checkbox"/>

2. Non	<input type="checkbox"/>
Des laitages ?	
1. Oui.....	<input type="checkbox"/>
2. Non.....	<input type="checkbox"/>
Vos ressources vous permettent-elle de manger régulièrement de la viande, du poisson et des fruits et légumes ?	
1. Oui.....	<input type="checkbox"/>
2. Non.....	<input type="checkbox"/>

Boissons

Vous consommez les boissons gazeuses ou bien non gazeuses ?	
1. Chaque jour.....	<input type="checkbox"/>
2. Une à trois fois par semaine.....	<input type="checkbox"/>
3. Une ou deux fois par mois.....	<input type="checkbox"/>
4. jamais.....	<input type="checkbox"/>
Si jamais, précisez pour quelle raisons :	
1. je n'aime pas le goût.....	<input type="checkbox"/>
2. je ne dois plus boire car j'aurais vite tendance à abuser....	<input type="checkbox"/>
3. cela m'est interdit.....	<input type="checkbox"/>
Indiquez pourquoi	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>

Tabac

Etes-vous actuellement fumeur ?	
1. Oui.....	<input type="checkbox"/>
2. Non j'ai arrêté.....	<input type="checkbox"/>
3. Non je n'ai jamais fumé.....	<input type="checkbox"/>

Depuis (ou pendant) combien d'années fumez-vous (ou avez-vous fumé) ?	__ __ années
Sans objet.....	<input type="checkbox"/>

Relations familiales et sociales

Habitez avec qui avant devenir au centre ? (cocher toutes les réponses correspondant à votre situation)	
1. Avec votre conjoint ou une personne de la même génération que vous.....	<input type="checkbox"/>
2. Avec un ou des enfants ou des plus jeunes que vous (dans le même logement).....	<input type="checkbox"/>
3. Avec un ou des ascendants (dans le même logement).....	<input type="checkbox"/>
4. Seul(e)chez vous	<input type="checkbox"/>
5. Autre situation	<input type="checkbox"/>
Etes-vous régulièrement soutenus financièrement par un ou plusieurs membres de votre famille ?	
1. Oui	<input type="checkbox"/>
2. Non	<input type="checkbox"/>
3. Sans objet.....	<input type="checkbox"/>
Aidez-vous de manière régulière, un membre de votre entourage, pour des raisons de santé, de handicap, d'incapacité, de dépendance ou de perte d'autonomie (cocher toutes les réponses correspondant à votre situation)	
1. Une personne de la même génération vous (conjoint).....	<input type="checkbox"/>
2. Une personne plus âgée	<input type="checkbox"/>
3. Une personne présente d'handicape de santé ou d'incapacité.....	<input type="checkbox"/>
4. Non	<input type="checkbox"/>
Voyer- Vous au moins un de vos enfants ou petits-enfants (cocher vous ou chez eux) ?	
1. Tous les jours	<input type="checkbox"/>
2. Au moins une fois par semaine.....	<input type="checkbox"/>
3. Au moins une fois par mois.....	<input type="checkbox"/>

4. Moins d'une fois par mois.....	<input type="checkbox"/>
5. Jamais ou n'a pas d'enfant.....	<input type="checkbox"/>
Voyez-vous des amis, des voisins ou membre de famille (cochez-vous ou chez eux) ?	
1. Tous les jours	<input type="checkbox"/>
2. Au moins une fois par semaine.....	<input type="checkbox"/>
3. Au moins une fois par mois.....	<input type="checkbox"/>
4. Moins d'une fois par mois.....	<input type="checkbox"/>
5. Moins d'une fois par ans.....	<input type="checkbox"/>
6. Jamais.....	<input type="checkbox"/>
Utilisez-vous les nouvelles technologies de communication pour entrer en contact avec vos enfants ou proches (webcam, téléphone)	
1. Oui	<input type="checkbox"/>
2. Non	<input type="checkbox"/>

Etat de santé

Diriez-vous que votre santé est :	
1. Très bonne.....	<input type="checkbox"/>
2. Bonne	<input type="checkbox"/>
3. Moyenne	<input type="checkbox"/>
4. Mauvaise	<input type="checkbox"/>
Etes-vous, en ce moment, soigné par un médecin, pour certain de ces maladies ? (cocher toutes les réponses qui conviennent)	
1. Maladie cardiaque, insuffisance coronaire, angine de poitrine ou infarctus du myocarde ou tout autre problème cardiaque, y compris l'insuffisance cardiaque.....	<input type="checkbox"/>
2. Hypertension artérielle, tension élevée.....	<input type="checkbox"/>
3. Cholestérol, hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>
4. Accident vasculaire cérébral ou maladie cérébrovasculaire, attaque cérébrale.....	<input type="checkbox"/>

5. Diabète, glycémie élevée	<input type="checkbox"/>
6. Maladie pulmonaire chronique, telle que bronchite chronique ou emphysème	<input type="checkbox"/>
7. Asthme.....	<input type="checkbox"/>
8. Polyarthrites, y compris arthrose et rhumatismes.....	<input type="checkbox"/>
9. Ostéoporose	<input type="checkbox"/>
10.Cancer ou tumeur maligne, y compris leucémie ou lymphome, à l'exclusion des cancers de la peau à évolution bénigne.....	<input type="checkbox"/>
11.Ulcère gastrique ou duodéal	<input type="checkbox"/>
12.Maladie de Parkinson, El zahaeimer	<input type="checkbox"/>
13.Cataracte	<input type="checkbox"/>
14.Glaucome.....	<input type="checkbox"/>
15.Dépression nerveuse	<input type="checkbox"/>
16.Autres maladies	<input type="checkbox"/>
De quelles autres maladies souffrez-vous en ce moment ?	_____ _____
Si aucune de ces maladies cocher ici	<input type="checkbox"/>
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait un ou plusieurs séjours à l'hôpital ?	
1. Oui	<input type="checkbox"/>
2. Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, durée.....	_____ jours d'hôpital pendant les 12 derniers mois
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous du vous aliter chez vous pour des périodes de 2 semaines ou plus ?	
1. Oui	<input type="checkbox"/>
2. Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, durée.....	_____ jours d'hôpital pendant les 12 derniers mois

Vaccinations

Vous faites-vous vacciner chaque année contre la grippe ?	
1. Oui	<input type="checkbox"/>
2. Non.....	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous vacciné contre le tétanos depuis moins de 10 ans ?	
1) Oui	<input type="checkbox"/>
2) Non	<input type="checkbox"/>
3) Ne sait pas.....	<input type="checkbox"/>

Qualité de vie

La liste suivante évoque quelques problèmes rencontrés par beaucoup de personnes dans leur vie quotidienne.

Lisez attentivement cette liste et cochez la réponse "oui" ou "non" selon votre état actuel.

	Oui	Non
1) Je me sens tout le temps fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) J'ai des douleurs la nuit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Je suis de plus en plus découragé(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) J'ai des douleurs insupportables.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Je prends des médicaments pour dormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Je me rends compte que plus rien ne me fait plaisir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Je me sens nerveux (se), tendu(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) J'ai des douleurs quand je change de position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Je me sens seul(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Pour marcher, je suis limité(e) à l'intérieur (de mon domicile, du bâtiment).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) J'ai des difficultés à me pencher en avant (pour lacer mes chaussures, ramasser un objet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Tout me demande un effort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à me rendormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Je suis totalement incapable de marcher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) J'ai des difficultés à entrer en contact avec les autres...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Je trouve que les journées sont interminables.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) J'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou		

les marches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) J'ai du mal à tendre le bras (pour attraper les objets)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Je souffre quand je marche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Je me mets facilement en colère ces temps-ci.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Je reste éveillé(e) une grande partie de la nuit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) J'ai du mal à faire face aux évènements.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) J'ai des douleurs quand je suis debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) J'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Je me fatigue vite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) J'ai des difficultés à rester longtemps debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) J'ai des douleurs en permanence.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Je mets beaucoup de temps à m'endormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) J'ai l'impression d'être une charge pour les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Je trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Je dors mal la nuit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) j'ai besoin d'aide pour marcher dehors (une canne, quelqu'un pour me soutenir).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) J'ai des douleurs en montant ou en descendant les escaliers ou les marches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Je me réveille déprimé(e) le matin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) Je souffre quand je suis assis (se).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>